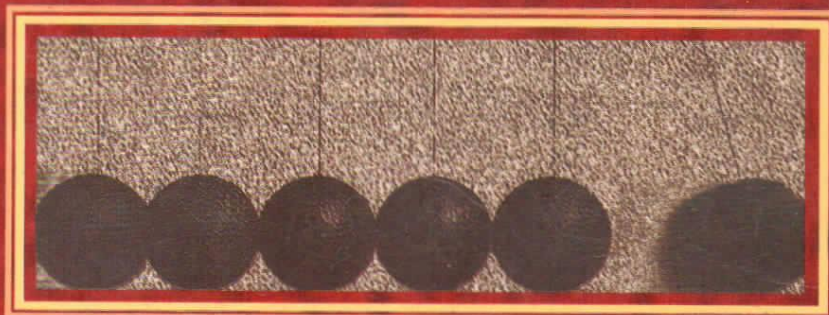




Psicoterapia Focal:
O Efeito Carambola

Vera Lemgruber

REVINTER



98. J82 00 00 00 00
64. 943
84 pi

Todos os direitos reservados.

É expressamente proibida a reprodução deste livro, no seu todo ou em parte, por quaisquer meios, sem o consentimento por escrito da Editora.

ISBN 85-7309-065-0

Bruno Lemgruber Garcia

Elizabeth Belloc

Rua do Matoso, 170 - Tijuca

20270-130 — Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (021) 273-5448

Fax: (021) 273-2730

SUMÁRIO

1 Psicanálise e Psicoterapia

pág. 1

2 Psicoterapia Breve Integrada

pág. 11

3 A Técnica Focal em Psicoterapia Breve

pág. 17

4 Desenvolvimento de um Centro Especializado em Psicoterapia Integrada

pág. 37

5 Atendimento Grupal em Psicoterapia Breve com Técnica Focal

pág. 51

6 Terapêutica Integrada da Ansiedade

pág. 65

7 Da Neurose de Ansiedade ao Distúrbio de Ansiedade Generalizada

pág. 77

8 Terapêutica Integrada da Depressão

pág. 89

9 Terapia Cognitiva da Depressão

pág. 101

10 Uso Clínico da Tabela de Juízos de Kant na Terapia Cognitiva

pág. 113

11 Violência Urbana e o Conceito de Transtorno de Estresse Pós-traumático

pág. 123

Psicanálise e Psicoterapia*

Psicanálise: ciência ou religião?

Será preciso repetir a experiência da queda da maçã a cada vez que quisermos provar a existência da força da gravidade? Ou será suficiente o conhecimento da teoria bem fundamentada pelo gênio de Newton para que possamos derivar diversas outras leis físicas a partir desta e desenvolver tecnologia baseada nela, bem como aplicá-la nas mais diferentes situações da vida? Por que então lidar de forma diferente com a ciência psicanalítica?

A psicanálise tem sido freqüentemente tratada menos como ciência do que como crença religiosa, celebrando-se Freud não somente como o gênio que foi, mas como um semi-deus. Em consequência, lida-se com a psicanálise não com a segurança e a racionalidade das teorias científicas. Pelo contrário, esta tem sido seguidamente encarada da mesma forma emocional como se tratam dogmas de fé.

Se psicanálise não é religião e Freud não é santo, por que manter-se essa atitude passional frente à teoria psicanalítica? Talvez porque "a psicanálise percorreu conceitualmente o mesmo caminho da mística e porque ela ocupa culturalmente o lugar deixado vago pelas religiões"². Além desse aspecto, Freud¹⁰ sempre considerou que fosse haver uma resistência aos conceitos psicanalíticos, porque eles iriam contra os mecanismos de repressão e os bloqueios dos indivíduos. Atualmente, porém, essa resistência se manifesta por uma outra vertente – a da resistência ao desconhecido. O saber psicanalítico tradicional tem sido defendido com unhas e dentes por correntes reacionárias que temem o rompimento com a cultura psicanalítica

*Baseado no capítulo publicado no livro "Efeito Psi - A Influência da Psicanálise", organizado por Sérvulo Augusto Ferreira, Ed. Campus, 1988.

já conhecida e rejeitam o novo, mesmo que seja bom, principalmente no Brasil, onde a difusão da psicanálise já se tornou a base de uma visão do mundo - *Weltanschauung*⁴.

Psicanálise “pura” ou “conspurcada”?

Hoje em dia ainda se confunde psicanálise com sua aplicação prática, que é a técnica psicanalítica. Porém, Freud⁸ havia proposto que a psicanálise era um termo que englobava uma metodologia científica ou metapsicologia, além de um método de investigação e de uma técnica terapêutica.

Como método investigativo, a psicanálise poderia (e deveria) ainda ser usada como instrumento de estudo por cientistas interessados em aprofundar as pesquisas dentro deste campo teórico tão bem construído pelo seu primeiro e maior investigador. Poucos, porém, se lançam nesta aventura, talvez por temerem chegar a conclusões divergentes do grande mestre, já que costumeiramente as divergências não têm sido tratadas como contribuições ou aprimoramentos, mas como transgressões à ortodoxia.

Como disse Wolberg¹⁶, “um dos problemas na evolução de uma escola é a resistência do fundador em assimilar as mudanças em suas formulações por qualquer outra pessoa que não ele próprio. Freud não foi exceção. Apesar de ter tomado grandes liberdades com seus próprios postulados, transformando e descartando muitos de seus pronunciamentos, ele não foi tão generoso com as inovações introduzidas por seus contemporâneos. O abandono do anonimato e da passividade por Ferenczi com o pressuposto da atitude calorosa e amorosa em relação a seus pacientes, o desenvolvimento ativo nas manobras terapêuticas por Stekel, a preocupação com a filosofia mística por Jung, o afastamento da sexualidade infantil e direcionamento para os sentimentos de inferioridade por Adler, a elaboração do trauma do nascimento e ansiedade de separação por Rank, todos levantaram a crítica severa de Freud”.

Por isso mesmo, a teoria freudiana pouco progrediu desde que foi elaborada, na passagem do Século XIX para o XX, na Viena puritana. Se pensarmos na psicanálise enquanto terapêutica, como não levar em consideração que esta foi uma téc-

nica desenvolvida há quase um século, influenciada pela ideologia daquela época, tão diversa da que vivemos na virada deste século para o XXI?

Temos que admitir que as regras psicanalíticas são passíveis de revisão, tanto quanto qualquer outra regra científica, e que a técnica psicanalítica pode ser modificada ou adaptada às novas circunstâncias, adaptação esta já prevista por Freud⁷ ao desenvolver hipóteses sobre o desenvolvimento da psicanálise no futuro.

Neste final de milênio, é no mínimo questionável que se mantenha a ortodoxia rígida que ainda vigorava nos meados deste século. Dificilmente hoje em dia os psicanalistas se atêm à regra de abstinência como há trinta anos. Conforme entrevista de S. Figueira³: – "... a própria relação dos profissionais com o público mudou, e o analista não é mais o defensor incondicional de uma neutralidade que o levava a se tornar raro no convívio social mais amplo, e há mesmo vários deles discutindo psicanálise e outros assuntos na mídia (...) houve um crescimento enorme no número de terapeutas de todo tipo e uma pluralização das técnicas psi disponíveis (...)".

Entretanto, a maioria destes profissionais ainda não admitiu que está adaptando a técnica às novas condições do meio, conforme previsto por Freud, desde 1918, na Conferência de Budapeste. Preferem se ater à ilusão de que a ortodoxia está sendo seguida e que a "psicanálise pura" está sendo implementada, inclusive por questões de conveniência, já que dá mais *status* "estar em análise" do que afirmar que está fazendo psicoterapia, que ainda tem uma conotação de algo "menor".

Já na década de 60, Wolberg¹⁶ chamava a atenção para a sutil diferença entre os conceitos de psicoterapia e psicanálise e para a conveniência em se usar o termo psicanálise: "(...) freudianos ortodoxos tendem a reivindicar prioridade para o termo psicanálise e a rotular qualquer derivado neofreudiano como psicoterapia. Como consequência, disputas de facções desenvolveram-se por causa do prestígio da palavra psicanálise na América e também pelas vantagens econômicas de ser considerado psicanalista".

Na década de 50, a Associação Psicanalítica Americana procurou, através de um "Comitê de Avaliação das Terapias Psicanalíticas", distinguir entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica, buscando uma linha divisória entre elas; porém não conseguiu chegar a um consenso. Isso porque são inúmeras as modalidades de terapias psicodinâmicas conceitualmente próximas, que reconhecem terem sido originadas e influenciadas pela psicanálise, apesar de não seguirem fielmente a ortodoxia da prática clínica desenvolvida por Freud.

Quando não usam algumas características da técnica psicanalítica, as chamadas "psicoterapias dinâmicas" no mínimo baseiam-se na compreensão psicodinâmica da teoria de desenvolvimento da personalidade elaborada por Freud. Por outro lado, a recíproca é verdadeira, embora não oficialmente reconhecida: as técnicas terapêuticas oriundas da psicanálise acabam por influenciá-la também, de forma que, hoje em dia, dificilmente encontramos a ortodoxia psicanalítica mantida em seu estado puro.

As modificações paulatinas que foram sendo introduzidas sutilmente na prática clínica psicanalítica não têm sido plenamente assumidas. Isso porque não se admite a quebra das regras "sacrossantas" da psicanálise e as modificações são ainda consideradas heresias, como se não se tratasse de uma questão técnica, mas sim de crença.

A luta pelo poder do saber "psí" no Brasil

A dificuldade na aceitação de modificações técnicas soma-se à questão, extremamente complicada também, da luta pelo poder e por uma fatia maior do mercado de trabalho.

As querelas entre as múltiplas sociedades psicanalíticas existentes têm sido divulgadas através da mídia para o público leigo, confirmando o quanto essa é uma luta pelo controle do mercado de pacientes.

Freud⁸ disse que não poderia ser considerado psicanalista quem não aceitasse os principais aspectos que fundamentam a teoria psicanalítica, e discriminou-os:¹ os processos mentais inconscientes;² a teoria da repressão;³ a importância da sexualidade e do complexo de Édipo. Em face dessa colocação tão

pouco restritiva, fica em aberto a questão de quem é ou não psicanalista. O saber psicanalítico seria propriedade de quem? Dos médicos, dos psicólogos, de que outros profissionais? Quem decide isso e como é regulamentado esse saber? Oficialmente não existe a especialização e muito menos a profissão de psicanalista ou de psicoterapeuta. Existem leis no Brasil que delegam aos médicos o tratamento do corpo e da mente dos indivíduos, restringindo aos psicólogos o "lidar com problemas de ajustamento". Porém, não há nenhuma legislação nem órgão normativo oficial que restrinja o uso da psicanálise e das psicoterapias a um determinado grupo de profissionais, sejam eles médicos ou psicólogos. Nem há instituição oficial que legalize o título do psicanalista ou de psicoterapeuta, que por isso mesmo tem sido comumente auto-outorgado.

Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), através de sua publicação oficial "O Jornal do Federal", em agosto de 1994, conclamou os psicólogos do país a não se afiliarem ao Departamento de Psicoterapia da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), por desconfiar do "... significado dessa generosa abertura institucional num território historicamente marcado por tantos conflitos e disputas... A análise de cópias dos estatutos do referido Departamento revela uma indisfarçável disposição de controle, por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria, sobre a prática psicoterapêutica. De certa forma, eles apontam para um controle do processo de formação dos psicoterapeutas através do credenciamento dos cursos e das instituições de formação em psicoterapia nas diversas linhas teóricas. Por outro lado, os integrantes dessas instituições seriam beneficiados com o título de Especialista em Psicoterapia, reconhecido pela ABP. Aparentemente, a intenção seria de, no futuro, separar o joio do trigo, os maus psicoterapeutas dos bons, por meio desse controle exercido pela entidade dos médicos psiquiatras... Reconhecer a gravidade de um problema não significa aceitar qualquer solução para ele. Principalmente quando está bem marcada por uma perspectiva autoritária e imperialista, como no caso revela-se a pretensão da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, de forma prepotente, busca organizar, sob sua tutela e controle, o exercício

profissional livre, autônomo e independente da Psicoterapia por Psicólogos...".

Entretanto manifestaram-se contra essa posição preconceituosa do CFP, não somente o Departamento de Psicoterapia da PUC-Rio como também o Psicólogo Bernard Rangé. Este último afirmou, em carta encaminhada ao CFP em que "manifestava perplexidade e revolta" pelo posicionamento deste, que "... é direito de qualquer associação científica considerar quais aspectos de um ramo de atividade vão ser valorizados ou não, que membros vão ser reconhecidos em cada categoria, que títulos vão outorgar a quem quer que seja, segundo os critérios próprios da associação. Nada disto significa tabela ou controle..."

Para o departamento de Psicoterapia da PUC-Rio, os procedimentos adotados pelo Departamento de Psicoterapia da ABP não seriam "... antidemocráticos nem tampouco a abertura para afiliação de médicos e psicólogos significa um controle e tutela dos médicos em relação à prática psicoterápica exercida pelos psicólogos. Ao contrário, entendemos que tal abertura representa a oportunidade de trocas interdisciplinares que só poderão enriquecer em termos teóricos e práticos o exercício do psicoterapeuta, tanto pelos médicos como pelos psicólogos... (e essa proposta) não significa para nós, como sugere o artigo do Jornal Federal, uma solução qualquer para a grave situação da prática psicoterápica constatada na nossa realidade hoje, nem tampouco exclui outras possíveis soluções..."

No meio deste caos legal e institucional, como não perceber que se está brigando muitas vezes não apenas por questões técnicas e teóricas, mas por questões de poder, ampliação do mercado de trabalho e dinheiro?

As psicoterapias psicanalíticas

Inicialmente, tomemos a definição de Wolberg¹⁶ em seu tratado sobre psicoterapia: "Psicoterapia é o tratamento, por meios psicológicos, de problemas de natureza emocional, no qual uma pessoa treinada deliberadamente estabelece um relacionamento profissional com o paciente, com o objetivo de:¹

remover, modificar ou retardar sintomas existentes;² interferir em padrões perturbados de comportamento;³ promover o desenvolvimento e crescimento positivo da personalidade." O termo psicoterapia abrange, então, todos os métodos psicológicos de tratamento, inclusive a psicanálise. Para Wolberg, "rigorosamente falando, a psicanálise em sua forma pura consiste na criação, por um profissional profundamente treinado, da neurose de transferência através da manutenção da neutralidade, anonimato e passividade na relação com o paciente; este método inclui sessões freqüentes (quatro a cinco por semana), o uso do divã, a adoção da regra fundamental da associação livre, a utilização de sonhos, o focalizar em memórias infantis e na interpretação da resistência".

Vamos restringir nossa discussão às psicoterapias dinâmicas, isto é, às que pressupõem o inconsciente – aspecto básico da metapsicologia freudiana. Com isso estaremos deixando de lado, deliberadamente, todo um amplo procedimento da prática clínica, também bastante eficaz em determinadas situações, que vai desde as chamadas psicoterapias comportamentais até as psicoterapias corporais.

Fiorini⁵, baseando-se no esquema clássico de Wolberg¹⁶, classifica as psicoterapias em: psicoterapias de apoio, de esclarecimento e reconstrutivas. Tal classificação pode levar ao pressuposto de que a mudança estrutural (a "reconstrução") só poderia ser obtida pela psicanálise formal. Isto é, só a técnica psicanalítica poderia diminuir a necessidade de expressão dos conflitos inconscientes sob a forma de sintomas ou de estrutura caracterológica. Só ela levaria a mudanças estruturais ao tornar consciente os pensamentos, desejos e afetos inconscientes por meio da resolução da neurose de transferência e da elaboração do conflito infantil.

Nossa opinião, entretanto, coincide com a de Weissberg¹⁵, que afirma que profundas mudanças de estruturas da personalidade podem ocorrer até mesmo sem qualquer tipo de psicoterapia, como simples consequência de situações fortuitas da vida. Wolberg¹⁶ dizia que não há evidência de que a psicanálise seja a única técnica capaz de alterar o inconsciente e que "reaprendizagem definitiva, influenciando a personalidade

num nível profundo, pode ocorrer como resultado de acontecimentos de vida frutíferos e de relacionamentos interpessoais saudáveis. Uma experiência terapêutica *superficial* pode então servir como meio de mudar a constelação neurótica em níveis conscientes, pré-conscientes e inconscientes". (grifo do autor)

Colocando o conceito de experiência emocional corretiva, de Alexander e French, como a base da psicoterapia breve¹²⁻¹⁴, comprovamos esta afirmação de Wolberg, baseando-nos na metapsicologia freudiana. A conceituação de *Experiência Emocional Corretiva*, por Alexander e French¹, implica afirmar que a oportunidade de enfrentar vivências emocionais penosas do passado, sob circunstâncias favoráveis dentro de um contexto relacional positivo, pode permitir ao sujeito passar a tratá-las de forma diferente do que até então fazia. Frisavam eles que esta situação não se restringe à relação terapêutica, podendo ocorrer na vida diária do paciente.

Procuramos demonstrar que as mudanças profundas obtidas na personalidade do paciente sem o "obrigatório" processo de elaboração e resolução da neurose de transferência são feitas através das *Experiências Emocionais Corretivas*, tanto *intra como extraterapia*, ou seja, a experiência desagradável antiga poderá ser desfeita por uma experiência corretiva obtida na relação com o terapeuta, ou nas relações da vida cotidiana, ou, mais provavelmente, por ambas.

Desde 1933, Freud passou a considerar que o objetivo da psicanálise não era mais o de *tornar consciente o inconsciente*, mas sim o de tornar o que era primário em secundário, isto é, *ampliar os limites do ego*. Até hoje, entretanto, muitos psicanalistas ainda se prendem ao desreprimir o inconsciente, meta estabelecida por Freud antes desta reformulação teórica. Pois, já a partir da segunda tópica – Id, Ego e Superego –, Freud⁹ passa a considerar o consciente, o pré-consciente e o inconsciente não como estruturas, mas sim como qualidades mentais. Para Freud¹¹, por definição, todo id é primário e todo ego é secundário. Porém, o ego secundário não é necessariamente consciente. Apresenta uma organização dinâmica, que tanto pode ser consciente como pré-consciente ou inconsciente. E é em qualquer destes três níveis de estrutura mental ordenada

e secundarizada que vai ser possível ocorrer qualquer tipo de aprendizagem. A *Experiência Emocional Corretiva* baseia-se exatamente nesta possibilidade de reestruturação interna do indivíduo, que pode ocorrer não só no nível consciente, mas também pré-consciente e inconsciente do ego.

A importância do nível inconsciente das funções egóicas no processo terapêutico é também afirmada por Fiorini⁶. Diz ele que as funções egóicas formam um sistema destinado a crescer com as experiências de manipulação com a realidade. Daí deriva a importância da experiência no processo terapêutico, tanto experiências no âmbito do tratamento, como experiências de vida e as ações recíprocas estabelecidas entre elas.

Assim, encontramos também confirmada em Fiorini a nossa fundamentação teórica do conceito de *Experiência Emocional Corretiva* como uma situação não restrita à relação terapêutica, ocorrendo também na vida diária e potencializada pelo *interjogo das influências mútuas exercidas pelas sessões terapêuticas e pelas experiências de vida*.

Conclusão

O tratamento das patologias mentais tem sido atribuído por lei a profissionais formalmente habilitados como médicos, e os problemas de ajustamentos, aos psicólogos. Dentre as diferentes formas de abordagens terapêuticas a ambas as situações, encontramos algumas que são restritas aos médicos, como, por exemplo, a farmacoterapia e a eletroconvulsoterapia. Em relação às diversas modalidades de psicoterapia – desde a comportamental à psicanalítica – ambos os profissionais estarão capacitados a implementá-las, desde que tenham tido treinamento específico na técnica escolhida.

A psicanálise é uma das possibilidades de psicoterapia. Seu valor é inestimável, menos por ser uma das abordagens terapêuticas possíveis dentro do arsenal de técnicas existentes e mais por ser a técnica desenvolvida magistralmente por Freud simultaneamente à elaboração de uma teoria científica de compreensão do psiquismo humano. A psicanálise, enquanto metapsicologia, tem alcance mais amplo do que o da sua própria esfera, influenciando outros ramos do conheci-

mento humano, como o das artes e literatura. Porém, enquanto técnica terapêutica, é apenas uma das técnicas existentes de psicoterapia.

Referências Bibliográficas

1. ALEXANDER, F. & FRENCH, T. *Terapeutica Psicoanalítica - Principios y Aplicación*, Paidós, Buenos Aires, 1965, 2ª ed.
2. FIGUEIRA, S.A. "Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica", *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 1985.
3. FIGUEIRA, S.A. "O pós-boom da psicanálise no Brasil", *Caderno B/Especial, Jornal do Brasil*, 10-11-85, Rio de Janeiro, 1985.
4. FIGUEIRA, S.A. *Notes sur la culture psychanalytique brésilienne*. *Revue des Sciences Humaines et Sociales*, nº 7, février, 1986.
5. FIORINI, H.J. *Teoria e técnica em psicoterapias*, Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1976.
6. FIORINI, H.J. *Estruturas e abordagens em psicoterapias*, Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1986.
7. FREUD, S. (1918) *Los caminos de la terapia psicoanalítica*, In *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, t. II.
8. FREUD, S. (1923a) *Esquema de psicoanálisis*, In *op. cit.*, t. II.
9. FREUD, S. (1923b) *El yo y el ello*, In *op. cit.*, t. I.
10. FREUD, S. (1925) *Las resistencias contra el psicoanálisis*, In *op. cit.*, t. III.
11. FREUD, S. (1933) *Nuevas aportaciones al psicoanálisis. La división de la personalidad psíquica*, In *op. cit.*, t. III.
12. LEMGRUBER, V. *Psicoterapia Breve. A Técnica Focal*, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.
13. LEMGRUBER, V. *Teoria e Técnica de Psicoterapia Breve*. *J. bras. Psiq.*, 34(3), 1985.
14. LEMGRUBER, V. *Fundamentos Teóricos da Técnica Focal em Psicoterapia Breve*, *Inform. Psiq.*, 5(2), 1986.
15. WEISSBERG, J.H. *Short-term dynamic psychotherapy: an application of psychoanalysis*, vol. 12, nº 1, 1984.
16. WOLBERG, L. *The technique of psychotherapy*, Grune & Stratton, New York, 1967.

Psicoterapia Breve Integrada*

Nesses últimos anos do Século XX, não há mais lugar para a polêmica sobre medicação x psicoterapia. Durante a primeira metade do século, a psiquiatria realmente tinha poucos recursos terapêuticos, que, além de bastante limitados, eram agressivos e arriscados, como a malarioterapia e a insulino-terapia. Neste contexto, o surgimento do eletrochoque, nos anos 30, foi um progresso significativo para a denominada "Psiquiatria Orgânica". Por outro lado, nesta mesma ocasião, a psicanálise se fortalecia e era mesmo considerada, pelos psiquiatras de orientação psicodinâmica, como a única opção de tratamento para os distúrbios mentais. Decorre deste fato que a "Psicoterapia Psicodinâmica" prevaleceu como orientação dominante, principalmente durante os anos 40 e 50. Esses caminhos, aparentemente divergentes, separaram a psicanálise da psiquiatria, criando obstáculos praticamente intransponíveis entre as duas vertentes.

Na segunda metade do século, iniciou-se a "*Revolução Bioquímica*" da psiquiatria, a partir do advento da clorpromazina, em 1953. Com o posterior aprimoramento de novas drogas, foi possível realizar a substituição dos tratamentos antigos, geralmente ineficazes, por uma abordagem terapêutica das desordens mentais ainda mais diversificada, o que permitiu o tratamento ambulatorial de um enorme contingente de pacientes, antes confinados aos hospitais, e tornou o prognóstico dessas patologias muito mais favorável. Durante os anos 70 e 80 houve uma expansão da psiquiatria biológica, incentivada pela "*Revolução Científica da Psiquiatria*" originada nos trabalhos de D. Klein.

*Baseado no artigo publicado no Boletim da Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro. "Notícias Psiquiátricas" abril/setembro 1994.

Outros fatores contribuíram, também, para diminuir o abismo entre a psiquiatria clássica e a psicanálise tradicional. Dentre estes, destacamos, de um lado, o movimento comunitário dos anos 60, que questionava a posição tradicional da psicanálise, e, de outro, o movimento antipsiquiátrico, que se insurgia contra o tratamento psiquiátrico clássico. Além disso, novas alternativas terapêuticas foram sendo desenvolvidas, tais como o psicodrama, a terapia familiar, a gestalterapia, a bioenergética e outras. A abordagem cognitiva cresceu enquanto opção psicoterapêutica, principalmente a partir da década de 80. Nos últimos anos, em função dessas influências, nos países desenvolvidos o treinamento dos psiquiatras deixou de se basear primariamente na formação psicanalítica.

Ainda que até hoje, no limiar do terceiro milênio, não tenhamos condição de estabelecer a causalidade da grande maioria das patologias mentais, o conceito de modernidade mudou essencialmente, através dos anos, devido aos avanços da ciência e da tecnologia. Ao comemorar o centésimo aniversário da Associação de Psicologia Americana, em 1991, o Dr. Roger Sperry, cientista ganhador do Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina de 1981, recentemente falecido, apontou o "*Determinismo Bidirecional*" como a nova forma de lidar com o antigo problema da contradição cérebro x mente. Enfatizava ele uma visão bidirecional, um modelo de mão dupla, agregando o microdeterminismo tradicional (que encara as funções mentais como epifenômenos do funcionamento neuronal) aos macroprincípios modernos de causalidade mental, no sentido de que as funções mentais superiores são vistas como provocando alterações específicas na bioquímica cerebral. Esse modelo alternativo de determinismo causal, bidirecional (*top down* e *bottom up*), coloca cérebro e mente num funcionamento interativo não redutível, quebrando o antigo impasse do paradoxo irreconciliável – cérebro x mente.

Na esfera médica, por exemplo, e mais particularmente no campo da psiquiatria, a proximidade do Século XXI requer uma visão de síntese no que diz respeito aos campos científico, filosófico e tecnológico, que possibilite tratar o ser humano como um todo indissolúvel. Ao se lidar com uma patologia

mental, deve-se ter em mente a *equação etiológica*, cuja resultante será sempre a função de *diferentes vetores*: os *constitucionais* (genético e congênito), os *emocionais* (intrapsíquicos e interpessoais) e os *ambientais* (desencadeadores externos).

Nesse sentido, o treinamento do psicoterapeuta deve estar baseado no *modelo bio-psico-social*. Tal modelo considera, simultaneamente, as causas biológicas, psicológicas e sociais das doenças mentais, tentando integrar esses determinantes, ao mesmo tempo em que procura evitar a tendência de dicotomização cérebro x mente. Assim, a inclinação atual da abordagem psicoterapêutica é a de *integração cérebro e mente*, através do tratamento combinado de farmacologia e psicoterapia – *a terapêutica integrada*.

Não é possível desvalorizar-se os recentes desenvolvimentos no domínio da psiquiatria, que têm se direcionado para o campo das neurociências, incorporando as recentes descobertas sobre o funcionamento do cérebro. Ao mesmo tempo, tampouco podemos desconsiderar o conhecimento teórico e prático acumulado pelas psicoterapias, desenvolvido a partir das bases psicanalíticas, e que vem sendo aplicado, com bons resultados, há quase um século.

É fato constatado que o comportamento e o pensamento do indivíduo influenciam os processos bioquímicos cerebrais, e há uma evidência crescente de que o processo psicoterapêutico eficaz provoca alterações nos mecanismos neuroquímicos do indivíduo. Por outro lado, é também sabido que a farmacoterapia leva a mudanças nos processos cognitivos e em outros aspectos psicológicos.

A atual compreensão da plasticidade do cérebro permite a intervenção segura, e com poucos efeitos colaterais, através dos modernos e potentes medicamentos recentemente desenvolvidos. Na formação do terapeuta será necessário levar-se em consideração os progressos ocorridos neste ramo do saber, além do conhecimento das várias técnicas psicoterapêuticas em uso, suas características e indicações, de forma a se tratar o paciente de uma maneira holística, não se limitando apenas à abordagem psicanalítica, como era costume até recentemente. Ressalta-se, entretanto, que, acima dos refinamentos tec-

nológicos, a característica mais importante da abordagem psicoterapêutica é a de tratar a pessoa como um todo complexo. Uma vez que a personalidade humana é influenciada por fatores econômicos, sociais e culturais, a resposta terapêutica deve ser sempre buscada através de uma abordagem interpessoal, mesmo que integrada à farmacológica.

Baseada, como quase todas as psicoterapias são, nas contribuições irrefutáveis de Freud, e, conseqüentemente, no maior conhecimento do homem sobre si mesmo, e aliada a uma visão sistêmica do indivíduo no mundo, a terapêutica integrada psiquiátrica busca facilitar o relacionamento íntimo entre o homem e seus semelhantes, seu meio ambiente externo e sua estrutura biológica interna, levando a uma integração maior consigo mesmo.

O cenário psicológico recente abre espaço para diversos caminhos terapêuticos além dos já existentes. Essa heterogeneidade, apesar de dar a idéia de caos, representa, na verdade, uma crise de desenvolvimento extremamente positiva, que resulta de um crescimento no campo científico e que ampliou significativamente o conhecimento e a prática psicoterapêutica. Não há dúvida de que no desenvolvimento sempre crescente de teorias e métodos produz-se a desorientação. A solução, entretanto, não é negar o fato e ignorar as novas produções, refugiando-se no isolamento faccioso. O moderno psicoterapeuta deverá estar ciente da variedade técnica, conhecer suas diferenças e usos, e desenvolver seu próprio estilo de relacionamento com cada paciente.

Por outro lado, o paciente visto por diversos ângulos é ajudado a conscientizar-se das várias microestruturas responsáveis pelo seu comportamento, sentimentos, reações e desejos, e pode aprender a lidar com elas como peças de uma estrutura complexa, que precisam ser equilibradas em seu próprio benefício.

A abordagem terapêutica focal tem como base a queixa, o conflito ou a dificuldade específica que levou o paciente a procurar ajuda psicoterápica. Mantendo o problema principal como foco central do processo, o tratamento é desenvolvido de forma a levar o próprio paciente a identificar e correlacionar

suas dificuldades com situações de sua vida cotidiana nas quais elas se manifestam.

Caso a incapacidade emocional e/ou inadequação comportamental venham acompanhadas de sintomas físicos ou de síndromes, a farmacoterapia desempenhará seu papel fundamental. Ao manter sob controle os níveis de incapacidade e de inadequação do paciente, este torna-se não apenas mais receptivo ao tratamento psicológico como deixa de manifestar os sintomas e síndromes acima referidos que influenciavam de maneira negativa o seu comportamento social ou o impediam de levar uma vida normal.

A evolução da ciência médica, que é capaz hoje de integrar claramente os conceitos de cérebro e mente, aliada à descoberta de novas drogas psicotrópicas, tem um papel importante na evolução do próprio paciente, influenciando sua habilidade para entender e absorver o processo psicoterapêutico, em lugar de somente reagir a ele. O indivíduo que se submete a uma psicoterapia, atualmente, deve aprender a lidar consigo mesmo, com seus potenciais, limites e capacidades, sem esperar que o mundo venha a suprir suas necessidades ou mesmo culpar seus pais por seus problemas. Ainda que estes possam ter criado cicatrizes, a combinação de novas drogas com a moderna abordagem psicoterapêutica pode definitivamente interferir na estrutura emocional do indivíduo de forma tal que ele se torne capaz de assumir responsabilidade sobre seu próprio *self*.

Resumindo, acreditamos que o treinamento do psicoterapeuta, nesta virada de século, deve ser baseado num novo paradigma, o da *abordagem integrada*. Com uma postura holística que o torne capaz de desenvolver sua criatividade e afetividade nas diversas abordagens terapêuticas, integrando-as, em benefício do seu paciente, o terapeuta moderno vai poder adaptar-se ao Século XXI, superando a polêmica medicação x psicoterapia.

A Técnica Focal em Psicoterapia Breve

Brevidade *versus* foco

Os termos *psicoterapia breve*, conforme os ingleses costumam referir-se (*Brief Psychotherapy*), ou *psicoterapia de tempo curto*, de acordo com a expressão norte-americana *Short-term Psychotherapy*, já estão consagrados pelo uso. São termos usualmente empregados em referência a um tipo de tratamento psicoterapêutico que tem uma abordagem psicodinâmica com orientação de base psicanalítica. Não se aplicam a outros tipos de psicoterapia, que, apesar de freqüentemente terem também um tempo curto de duração, como a Terapia Comportamental, não se originaram da Psicanálise. Estes termos, porém, não são os mais adequados para designar a técnica da psicoterapia breve, uma vez que enfatizam apenas a questão do tempo de duração do processo, em comparação ao referencial da psicanálise. Outros aspectos mais essenciais, relativos ao cerne da técnica de psicoterapia breve, são relegados a um segundo plano ao se utilizar essa designação.

O termo "breve" (ou "tempo curto") teve origem na intenção dos discípulos de S. Freud, os psicanalistas S. Ferenczi e O. Rank⁶, na década de 20, de procurar diminuir o tempo de duração dos tratamentos psicanalíticos, que, naquela época, começavam a se prolongar em demasia, em consequência da introdução, por S. Freud, do conceito de "neurose de transferência" e das modificações da técnica psicanalítica que daí surgiram.

A procura de diminuir o tempo de tratamento representou, na verdade, um fator decisivo na busca de novas alternativas

para a técnica psicanalítica. À tentativa frustrada de Ferenczi e Rank, que, na ocasião, foram considerados verdadeiros transgressores da psicanálise, somou-se uma série de outras "transgressões", realizadas a partir da década de 40, com a introdução do conceito de Experiência Emocional Corretiva, de F. Alexander¹, e complementadas, na década de 60, por P. Sifneos¹³⁻¹⁶, nos Estados Unidos, D. Malan^{10,11}, na Inglaterra, e H. Davanloo³⁻⁵, no Canadá. Este somatório de transgressões à técnica psicanalítica levou ao desenvolvimento de uma técnica específica, que, nos últimos anos, tem inclusive sido objeto de pesquisa, principalmente em centros como o do Hospital Beth-Israel, de Nova Iorque². Com isso, a psicoterapia breve terminou por adquirir particularidades que passaram a identificá-la. São essas características específicas o que torna possível o atingimento dos objetivos terapêuticos em prazo bem mais curto, pois não é nem o número pequeno de sessões, nem a duração mais curta do tratamento que define a técnica da psicoterapia breve. Esta deve ser definida por características que lhe são imprescindíveis, tais como:

- X — limitação de objetivos;
- X — manutenção do foco;
- X — alta atividade do terapeuta;
- X — ênfase na intervenção imediata.

Por isso, preferimos designar esta abordagem psicoterapêutica como *Técnica Focal*, já que consideramos que o cerne dela é o trabalho em cima de um *foco circunscrito*, com base nos princípios propostos por F. Alexander, de dinamização do processo através de uma *flexibilidade e maior atividade* por parte do terapeuta e do *planejamento* do tratamento. Este seria feito através da avaliação adequada dos problemas do paciente, principalmente com o auxílio dos *triângulos de interpretação*, que permitiriam ao terapeuta uma melhor compreensão dos conflitos psicodinâmicos do paciente e, com isso, a possibilidade de planejar o processo terapêutico de forma a aumentar a probabilidade de ocorrerem *Experiências Emocionais Corretivas*.

Atividade do terapeuta

Parece haver uma tendência comum entre diversos pacientes e terapeutas de estender indefinidamente o processo psicoterapêutico, em busca de gratificação de suas necessidades. Cabe, então, ao terapeuta, estabelecer, após cuidadosa avaliação do estado do paciente, a duração presumível do tratamento e/ou os objetivos do processo terapêutico e trabalhar de *forma ativa* para atingi-los.

O terapeuta que desejar ser ativo deve utilizar táticas específicas, tais como:

- avaliar as condições internas do paciente, até chegar a um diagnóstico nosológico e principalmente a um diagnóstico psicodinâmico, de maneira a poder escolher a melhor abordagem terapêutica para o problema em questão;

- delinear a estratégia básica a ser seguida ao longo do processo terapêutico, estabelecendo metas e objetivos a serem alcançados;

- estabelecer um foco sobre o qual trabalhar e discutir este foco com o paciente, fornecendo uma idéia muito clara a respeito da sua percepção, de maneira que o paciente possa compreendê-lo com clareza e voluntariamente cooperar com o processo terapêutico;

- atuar em função do foco, o que requer interpretação e atenção seletivas em relação ao material apresentado pelo paciente. A imediata intervenção do terapeuta é explicada pelo seu esforço em manter o foco do processo psicoterapêutico, que poderia perder-se facilmente a cada nova sessão ou tema apresentado;

- opor-se ao desenvolvimento da neurose de transferência, colocando ênfase na intervenção imediata, através de interpretações que valorizam o vértice da realidade presente, ao invés de valorizar os vértices da transferência e dos fatos que pertencem ao passado, no *Triângulo do Insight*.

- propiciar o máximo possível de vivências de Experiências Emocionais Corretivas mediante a criação de possibilidades para que o paciente experimente, em um contexto diferente, as relações conturbadas que deram origem aos seus confli-

tos, de tal maneira que ele possa fazer uma reformulação interna a respeito de sua maneira de vivenciá-los.

0 Experiência emocional corretiva

E.E.C

A Experiência Emocional Corretiva é uma *experiência concreta* na relação com o terapeuta, onde o paciente tem a possibilidade de reexperimentar situações traumáticas do passado, dentro de um contexto de aceitação e ausência de censura.

É uma diretriz conscientemente planejada pelo terapeuta. Através da *manipulação da transferência*, o terapeuta pode *deliberadamente adotar* uma *postura diferente* daquela da pessoa significativa do passado do paciente, com o objetivo de levá-lo a uma reformulação de suas vivências emocionais. Este fato irá permitir ao paciente lidar com a vida de forma diferente da que vinha fazendo.

Mantemos o uso do termo *Experiência Emocional Corretiva** em respeito ao seu criador. Contudo, consideramos que o conceito de F. Alexander seria mais bem explicitado se designado como "*Experiência Relacional Corretiva*", já que exprime uma série de *mudanças e reestruturações internas* ocorridas em função de *determinadas experiências de relação* entre indivíduos. É algo que só pode ocorrer dentro de um contexto de relacionamento interpessoal, não se restringindo ao relacionamento terapêutico e podendo dar-se em outras situações de relacionamento interpessoal na vida diária do paciente.

A relação terapêutica tem, por suas características próprias, condições de maior ambigüidade do que as relações habituais das pessoas. Além disso, o conhecimento, por parte do terapeuta, da origem dos problemas do paciente permite que ele tenha condições de planejar suas atitudes a fim de gerar situações provocadoras de E.E.C. Com isso, a relação terapêutica mantém uma posição privilegiada no sentido de poder propiciar um maior número de E.E.C.

Como há um interjogo de influências mútuas das sessões terapêuticas e das experiências de vida, torna-se imprescindível, para o bom andamento do processo psicoterapêutico, que o paciente possa potencializar o efeito de suas E.E.C. na terapia com as que tiver oportunidade de vivenciar no seu cotidia-

*Passaremos a usar no texto a sigla E.E.C. para designar o conceito de Experiência Emocional Corretiva, de F. Alexander.

no. As E.E.C. intraterapia seriam consideradas agentes catalisadores que propiciariam e acelerariam novas relações e experiências benéficas na vida do paciente (E.E.C. extraterapêuticas), que, algumas vezes, podem até mesmo ser planejadas pelo terapeuta. A repercussão das E.E.C. do cotidiano sobre a personalidade do indivíduo será igual ou, às vezes, até mesmo maior do que a das próprias sessões terapêuticas.

E.E.C. é uma *experiência completa* – é uma mudança de configuração interna. Não representa apenas mudanças no plano emocional ou somente no plano cognitivo. É uma mudança global. Essa mudança de configuração interna pode ocorrer sem haver necessariamente, por parte do paciente, o conhecimento intelectual e completo das causas determinantes de sua problemática atual.

Conforme explicado mais detalhadamente no livro “Psicoterapia Breve: A Técnica Focal”⁹, considerando o conceito de E.E.C. sob o ponto de vista da segunda tópica da metodologia freudiana, podemos entender a posição de F. Alexander quando ele diz que as E.E.C. podem ocorrer também em situações extraterapêuticas e que não é imprescindível ao paciente conhecer a origem de seus problemas.

De acordo com a segunda tópica freudiana, compreende-se que a E.E.C. permite tornar secundário o que era primário, não necessariamente só através do ego consciente mas também, e muitas vezes exclusivamente, através do ego inconsciente e/ou pré-consciente. Sabemos que é na região ordenada, secundarizada do ego, em qualquer um dos seus três níveis (inconsciente, pré-consciente e consciente), que ocorre todo e qualquer tipo de aprendizagem. Portanto, o *EGO é o espaço de reestruturação interna do paciente*.

Então, o objetivo do processo psicoterapêutico em psicoterapia focal será sempre o de *ampliar os limites do ego*. Este mesmo objetivo foi colocado por Freud⁸, em 1933, na XXXI Conferência sobre “Novas Abordagens da Psicanálise: A Divisão da Personalidade Psíquica”, como sendo a meta do tratamento psicanalítico. Em psicoterapia focal, esse objetivo será atingido através de técnicas variadas, que podem ou não in-

cluir a rememoração do passado e *insight* sobre as origens dos conflitos.

* O conceito de foco

Focalizar, em psicoterapia breve, significa adotar uma postura semelhante à de um fotógrafo que procura fazer ressaltar um objeto ou pessoa que vai ser fotografada em relação a um fundo que deverá ser menos nítido. Corresponde ao conceito de “figura e fundo”, da Teoria Gestáltica da Percepção.

P. Sifneos¹⁴ colocou o foco como sendo a *área circunscrita do conflito*, envolvendo uma formulação de sua estrutura básica em termos psicodinâmicos, e D. Malan¹¹ definiu foco como o *ponto de convergência das atenções* do terapeuta ou o tema central de interpretações a respeito de uma determinada área da vida do paciente, que precisa ser trabalhada durante o processo de terapia.

T. French¹ usou a expressão “*conflito focal*”, no sentido de conflito mais superficial e atual, em contraposição ao “*conflito nuclear*”, mais profundo, com origem na infância. Salientamos que, apesar do trabalho da técnica focal concentrar-se na resolução do conflito focal, os melhores resultados são obtidos quando o terapeuta, ao planejar o processo de terapia, inclui aspectos básicos do conflito nuclear ou primário em sua compreensão psicodinâmica do conflito focal.

O que o terapeuta deve buscar na história do sofrimento do paciente é o conflito crônico, que aparece em muitos dos eventos narrados durante as sessões, até chegar à estrutura psicodinâmica do conflito. O terapeuta deve basear e orientar todo o processo terapêutico nessa direção, com vistas a fazer com que o paciente supere tais conflitos.

É importante enfatizar que, apesar de as metas a serem estabelecidas em psicoterapia focal incluírem a eliminação dos sintomas, o objetivo do tratamento não se limita à cura sintomática. Busca-se, com o tratamento, a resolução do conflito focal e com isso atingir-se o desenvolvimento positivo de uma área da personalidade do paciente, partindo-se do pressuposto do “efeito de irradiação” ou “efeito carambola”, onde a reformu-

lação de uma área acaba gerando repercussões positivas em outras áreas da personalidade do paciente.

✦ O efeito carambola

Na literatura sobre psicoterapia breve, ao lado da constatação de dados que indicam a possibilidade de se chegar a obter ganhos terapêuticos apesar do tempo curto dos tratamentos, encontramos com frequência também o questionamento a respeito dos mecanismos que poderiam explicar esses resultados. Tais indagações muitas vezes refletem a incredulidade com relação à possibilidade desses ganhos, apresentada por muitos psicoterapeutas que trabalham com uma abordagem psicodinâmica por terem sido tradicionalmente treinados dentro do princípio de que somente os tratamentos a longo prazo poderiam promover mudanças profundas de personalidade.

Ao procurarmos entender como e porque podem ocorrer essas reestruturações de personalidade em psicoterapia breve, vemos que a explicação do porquê pode ser buscada no conceito de E.E.C., conforme vimos anteriormente. Por outro lado, para entendermos como essa modificação estrutural se processa, devemos lançar mão dos conceitos de generalização e/ou irradiação dos ganhos terapêuticos – o “efeito carambola”.

“Efeito carambola” é o termo que pode expressar o mecanismo interno de potencialização dos ganhos terapêuticos através da técnica focal. Da mesma forma que, num jogo de sinuca ou bilhar, uma boa tacada pode gerar movimento em uma série de outras bolas que não haviam sido diretamente atingidas pelo impacto inicial do taco e passam a se mover, impulsionadas pelo movimento gerado pela primeira bola, assim também muitas modificações e progressos podem ser obtidos pelo paciente como reflexo de uma reestruturação em um aspecto específico de sua vida. Muitas vezes, essas reestruturações vão sendo feitas até mesmo depois do término do tratamento, como resultado da generalização dos ganhos positivos do paciente.

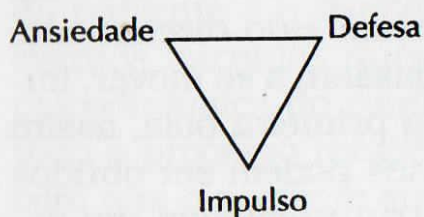
Mantendo-se a analogia do “efeito carambola”, pode-se perceber que, se o foco terapêutico a ser estabelecido (isto é, a bola a ser atingida pelo taco) incluir aspectos básicos do con-

flito nuclear (ou conflito primário do paciente) dentro do conflito focal a ser trabalhado, maiores serão as chances de haver uma irradiação dos ganhos terapêuticos obtidos com a resolução do conflito focal para outros setores da vida do paciente, possibilitando, assim, uma reestruturação global da personalidade do indivíduo.

Uso dos triângulos de interpretação na técnica focal

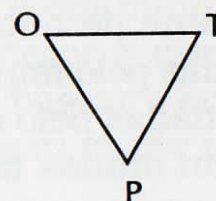
O terapeuta, usando a técnica focal em psicoterapia breve, deve basear-se nos triângulos de interpretação, conforme proposto por Malan¹². A compreensão da psicodinâmica do paciente fica bastante facilitada ao se buscar *a formulação básica do conflito no referencial dos triângulos de interpretação*. Essa estratégia torna o planejamento terapêutico mais claro e permite uma maior segurança no estabelecimento do foco a ser trabalhado durante o tratamento.

TRIÂNGULO DO CONFLITO OU TRÍADE PSICANALÍTICA



Impulso = Sentimentos encobertos
Ansiedade = Conseqüências temidas
Defesa = Métodos adotados para evitar sofrimentos e/ou não enfrentar os sentimentos encobertos

TRÍADE DE PESSOAS OU TRIÂNGULO DE *INSIGHT* DE MENNINGER



O = Outros ou Presentes
P = Pais ou passado
T = Transferência ou Relação Terapêutica

A importância do uso desses triângulos deriva do fato de suas múltiplas combinações permitirem representar as várias intervenções interpretativas feitas pelo terapeuta. É imprescindível que haja a necessária habilidade para discernir que aspectos de cada triângulo devem ser incluídos numa interpretação em um dado momento.

Para Malan, deve-se buscar a interpretação dos diferentes aspectos do *Triângulo do Conflito* com os três vértices do *Triângulo de Insight de Menninger* – presente, passado e transferência (também denominado *Triade de Pessoas* – outros, pais e relação terapêutica, o que, para Malan, seria o termo mais adequado, visto que o próprio *Triângulo de Conflito* também implicaria *insight*).

Malan preconiza uma abordagem gradual desses triângulos, começando no *Triângulo de Conflito* pela interpretação da *defesa*, depois da *ansiedade*, para por último lidar com o vértice inferior, o do *impulso ou sentimento encoberto*. Cada um desses vértices deveria ser vinculado respectivamente a cada componente da *Triade da Pessoa*, iniciando-se pelo vértice das relações atuais, recuando até as origens das relações com os pais, e finalmente interpretando-os em função da relação terapêutica.

H. Davanloo⁵ tem uma forma específica de trabalhar com esse modelo de triângulos, dando ênfase ao vértice das defesas no *Triângulo do Conflito*. Busca, desde o início do tratamento, vencer as barreiras do paciente, “*quebrando o muro*”, conforme expressão que utiliza para identificar essa fase da terapia. Chega mesmo a demorar-se, numa primeira entrevista de psicoterapia, duas ou três horas seguidas nesse processo de *break through*, até conseguir fazer o paciente confrontar-se com o que está encoberto pela defesa, em três níveis: fisiológico, motor e da fantasia. Somente quando o paciente, através de suas reações fisiológicas, seu comportamento motor e suas fantasias, demonstrar ter quebrado o muro de suas defesas e ter chegado a lidar com os sentimentos temidos é que Davanloo considera que ele já está preparado para prosseguir no seu processo terapêutico, o qual, segundo ele, ficará bastante abreviado a par-

tir daí, pois o paciente já teria feito o trajeto mais difícil nesta etapa inicial.

Em relação ao uso do *Triângulo do Conflito* na técnica focal, há uma utilização diferente da de Davanloo, que lança mão do esquema dos triângulos para desafiar frontalmente as defesas do paciente. Na abordagem focal esse esquema é utilizado com a finalidade de reestruturação do ego, com uma função educacional. O objetivo é fazer o paciente aprender “como funciona psicodinamicamente” o seu triângulo, de tal maneira que as defesas egosintônicas se transformem em egodistônicas.

Porém, essa “*compreensão psicodinâmica do conflito*”, conforme já foi dito anteriormente, pode se dar tanto em níveis de ego consciente, como pré-consciente e/ou inconsciente, e, desta forma, o paciente não precisa necessariamente ter o *insight* no sentido de conhecimento intelectual das raízes profundas de seu problema. A compreensão, portanto, pode ser obtida no sentido de uma vivência mais global, através da E.E.C. Tal fato permitirá a reestruturação do conflito, isto é, a mudança de configuração interna.

Na abordagem focal em psicoterapia breve, o vértice do Triângulo de *Insight* relativo ao presente é o mais enfatizado, pois trata com a situação de vida concreta do paciente. A abordagem psicanalítica clássica, por trabalhar basicamente a interpretação transferencial, que serve inclusive como elemento importante para o estabelecimento da “neurose de transferência”, utiliza mais o vértice da transferência.

Para muitos terapeutas de orientação psicanalítica, o processo da psicanálise objetiva o autoconhecimento, sem valorizar diretamente as mudanças na realidade externa do indivíduo, tratando-as como possíveis conseqüências desse autoconhecimento. Já na técnica focal, as experiências de realidade do indivíduo são consideradas parte integrante do próprio processo terapêutico, havendo uma preocupação com metas específicas a serem alcançadas. Essas metas seriam atingidas através da definição de *um objetivo terapêutico delimitado por um foco de trabalho previamente estabelecido*, baseado em avaliação nosológica e psicodinâmica que permita o planejamento da estratégia terapêutica.

A seguir, daremos alguns exemplos de esquemas de *Triângulos de Conflitos* de pacientes atendidos no Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Como forma de aprendizagem para o próprio terapeuta, cada caso é apresentado em Reunião Clínica, onde são discutidos o foco e o planejamento do tratamento. O psicodinamismo do caso é esclarecido buscando-se uma compreensão do mesmo através do esquema do *Triângulo de Conflito*.

CASO Nº 1

Identificação: quarenta anos, sexo feminino, casada, branca, brasileira, 1º grau incompleto, costureira, católica.

Queixa principal: "Perdi uma filha e não aceito."

História da doença atual: Há dois anos, filha mais velha, com dezesseis anos à época, faleceu de meningite, segundo a paciente, por não ter recebido atendimento adequado no hospital a que recorreu. Haviam mudado de bairro, naquela ocasião, pois seu marido, com crises epiléticas por seqüela de queda de moto há 16 anos, precisava ir para o trabalho sem dirigir. Relaciona essa mudança à morte da filha: "Se tem a ver, eu não sei. Mas ela não queria ir. E depois que ela morreu, ele não teve mais nenhum ataque." Há cinco anos soube que o marido tem outra mulher e uma filha de sete anos atualmente. Acredita que elas "tavam fazendo trabalho para tirar ele de casa. Aí, não pegou nele. Pegou na minha filha, que era mais fraca".

Há quatro meses saiu de casa andando a ermo, chorando muito e "pensava na vida e em como tudo havia perdido o sentido". Chegou a pensar em suicídio, mas pensou também que ainda tinha duas filhas "para acabar de criar".

Nega ter feito tratamentos anteriores. Foi encaminhada ao Serviço de Psiquiatria pela cunhada. Foi medicada com Imipramina 25 mg (1+1+1), Clobazan 10 mg (1+1+1) e Estazolam 2 mg ao deitar. Na segunda consulta a Imipramina foi

aumentada para 75 mg duas vezes ao dia e foi encaminhada à psicoterapia.

História pessoal: Informa ter nascido “na roça”. Não fornece dados sobre condições de nascimento e desenvolvimento psicomotor”. Teve uma “infância sem muitos brinquedos. Tinha que ajudar em casa”. Foi para a escola aos nove anos, quando a família mudou-se para o Rio de Janeiro. Estudou até os quinze anos, parando de estudar para trabalhar como costureira em uma confecção.

Aos dezesseis anos teve o primeiro namorado. Aos vinte conheceu seu atual marido. Casou-se virgem e diz ter tido bom relacionamento sexual com o marido até descobrir que ele tinha outra mulher. Afirma que sua relação com o marido passou de ótima para boa, quando soube de sua traição, e que a partir da morte da filha ficou péssima.

Nega relações extraconjugais, homossexualismo, tabagismo, etilismo ou experiência com drogas.

História familiar: Paciente é a caçula de uma prole de quatro. Sua mãe faleceu, há dezenove anos, de tuberculose, após um longo período de doença. Era costureira e trabalhava no lar. Seu pai tem oitenta e dois anos, foi ajudante de pedreiro e goza de boa saúde para a idade. Seus irmãos têm 55, 53 e 50 anos, são casados, têm filhos e gozam de boa saúde. Seu lar, na infância, é descrito como “bom. A gente brincava... atualmente, cada um tem sua vida. Mas, quando um precisa, o outro ajuda”.

O marido tem quarenta e um anos, trabalhava em serviço autorizado de consertos de eletrodomésticos e atualmente presta o mesmo serviço particularmente. É epilético desde o acidente de moto, há dezesseis anos. Suas duas filhas, de quinze e onze anos, são estudantes. Descreve seu lar atual como “calmo e sem brigas porque não gosto de brigar”.

História patológica pregressa: Amigdalectomia aos dez anos. Laqueadura de trompas no último parto. Rubéola contraída de suas próprias filhas.

Exame psíquico: Boas condições de higiene pessoal. Vestes adequadas, mímica triste, motilidade e gesticulação diminuí-

das. Coopera pouco, irritando-se com a insistência frente a algum tópico específico. Fala pouco. Sabe relatar fatos de sua vida. Confunde-se quanto a algumas datas e idades específicas de sua infância, na maioria das vezes não se esforçando para lembrar. Concentra-se no que lhe é perguntado, e, embora sua atenção se desvie na ocorrência de estímulos ambientais, consegue retornar à entrevista. Cuida de sua autopreservação e de sua aparência, não demonstrando satisfação nisso. Estava com dificuldade de alimentar-se, tendo melhorado após uso da medicação antidepressiva. Seu sono continua interrompido, acordando de madrugada.

Súmula psicopatológica: Lúcida, orientada auto e alopsiquicamente. Pouco cooperativa. Normotenaz e ligeiramente hipervigil. Memória preservada. Sensopercepção sem alteração. Pensamento sem alterações de forma, com curso lentificado e conteúdo levemente alterado (idéias de desolação e inutilidade). Linguagem sem alteração. Consciência do eu preservada. Nexos afetivos levemente prejudicados. Humor deprimido. Psicomotricidade diminuída. Hipobúlica. Insônia terminal. Pragmatismo mantido. Com consciência de doença atual.

Hipótese diagnóstica: CID-10: F32.11

Episódio depressivo moderado, com sintomas somáticos.

Triângulo de conflito:

Impulso — sentimento de perda e raiva

Ansiedade — culpa

Defesa — deslocamento, projeção e depressão

Compreensão psicodinâmica: Quando se vê frente à dor da perda da filha e à sua frustração pela impossibilidade de realização de seus desejos projetados nela, sente muita raiva por essa perda. Sente-se, então, culpada por essa raiva e também por estar viva. Desloca a raiva para a traição do marido e deprime para evitar entrar em contato com esses sentimentos.

Foco: "Voltar a viver." Sua vida atualmente está centrada na morte da filha e em sua "morte parcial" (depressão – luto patológico).

CASO Nº 2

Identificação: Trinta e oito anos, sexo feminino, casada, parda, brasileira, 3º grau completo (formada em Direito), trabalha como auxiliar de administração, católica.

Queixa principal: "Sinto nervoso nas pernas e vontade de morder minhas filhas".

História da doença atual: Procurou o Serviço de Psiquiatria da Santa Casa "por livre e espontânea vontade", por sentir-se muito irritada com suas filhas de dez e sete anos, sentindo vontade de mordê-las, chegando eventualmente a fazê-lo de fato, ainda que diga saber que "não era normal" morder suas próprias filhas.

Foi medicada com Imipramina 25 mg (1+1+1) e Alprazolam 0,5 mg (0+0+1). Diz ter se sentido melhor ao fazer uso da medicação, porém alega ter emagrecido bastante.

Diz que seus sintomas começaram após o nascimento de sua filha mais velha. Na ocasião, seu marido estava desempregado e a família passava por sérias dificuldades financeiras. A paciente diz que ficava nervosa por ver sua filha prematura necessitando de inúmeros cuidados e o marido sem trabalho. Com isso, "ficava com muita raiva, gritava demais e o xingava de todos os nomes". De início, sentia tremor nas pernas e muita dor. Alega que, de repente, sentia as pernas começarem a tremer e não conseguia controlá-las, e que às vezes isso ocorria mesmo enquanto dormia. Relata que era uma dor semelhante à "dor dos ossos crescendo", que sentia quando criança. Diz que os sintomas estavam retornando, as pernas doendo e o que mais incomodava era o "nervoso" nelas, que diversas vezes a impedia de dormir.

Em relação a morder suas filhas, diz que tem conseguido se controlar por ter consciência de que não é correto proceder assim, embora fique irritada quando as filhas fazem bagunça e brincam dentro de casa, gritando muito com elas.

Atribui suas dificuldades a um relacionamento conturbado com seu marido e com a família deste. Desentendeu-se com os sogros e cunhados, e em diversas ocasiões chegaram à agres-

são física, sobretudo quando brigava com o marido e ele ia para a casa dos pais, "voltando com a cabeça feita". O casal chegou a procurar ajuda psicoterapêutica em uma clínica particular, porém não voltaram após a primeira consulta porque a psicóloga os teria aconselhado a se separarem (*sic*).

História pessoal: Nasceu de parto normal, em casa. Teve um desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Diz ter sido "uma criança doentinha e magrinha" e que, em algumas ocasiões, ia para o hospital devido às doenças comuns da infância. Porém, alega não ter tido "nenhuma doença mais séria".

Entrou para a escola municipal aos sete anos de idade, onde cursou a primeira série duas vezes, pois "era uma criança agitada e a professora não tinha paciência e implicava" com ela. Depois, mudou de colégio e não houve mais problemas de repetência, ainda que, devido às constantes mudanças de endereço de seus pais, tenha trocado de escola várias vezes. Fez vestibular durante quatro anos seguidos para Medicina, não conseguindo passar. Desistiu e entrou para a Faculdade de Letras, pedindo transferência, no segundo ano, para o Curso de Direito, por não estar gostando de Letras.

Conta que foi uma criança muito tímida na escola e não conversava com as colegas durante as aulas e nem perguntava suas dúvidas aos professores. Não faltava às aulas, mesmo que estivesse doente. Alega que não recebia amigas em casa, pois estudava longe de onde morava, embora gostasse de duas ou três de suas colegas de colégio. Conserva uma amiga dos tempos do 1º grau. Diz que essa amiga "é especial", é a madrinha de sua filha mais velha e a filha primogênita desta amiga é madrinha de sua filha caçula.

Iniciou sua vida profissional aos dezoito anos como embaixadora de uma indústria farmacêutica. Há três anos trabalha como auxiliar de administração, realizando o controle de despesas de carros oficiais de uma fundação nacional. Diz estar satisfeita com seu emprego.

Menarca aos dezesseis anos. Aprendeu sobre menstruação com a irmã mais velha, já que a mãe não lhe explicou nada, embora diga ter tido liberdade para conversar sobre sexo com a mãe. Namorou alguns rapazes na escola, mas não relata ne-

nhum relacionamento significativo. Diz lembrar-se que, numa ocasião, quando tinha dezessete anos, seu pai avistou-a num ponto de ônibus com “um rapaz cabeludo e de calças justas”. Ficou furioso com isso e lhe deu uma surra, dizendo que só poderia namorar em casa e com sua autorização. O rapaz, então, a pediu em namoro ao seu pai e namoraram algum tempo.

Sua primeira experiência sexual foi com seu atual marido, alguns anos antes de se casarem. Namoraram durante sete anos. Atualmente, a paciente despreza qualquer carinho do marido, dizendo que não faz a menor questão de manter relações sexuais com ele.

Tem duas filhas, ambas nascidas de parto normal, embora a mais velha tenha sido prematura e, por isso, precisou ficar internada no hospital por quase dois meses. A paciente, quando viu a filha pela primeira vez pensou que “nem um filho era capaz de fazer direito”. Fez um aborto antes de se casar, por não ter condições financeiras, na época, para criar um filho. Mas diz se sentir culpada até hoje. Conta que este aborto era um segredo entre ela e o marido, porém descobriu que este contou o fato para a amante.

Nega experiências masturbatórias, relações extraconjugais e homossexualismo. Não fuma, não faz uso de drogas ou de bebidas alcoólicas.

História familiar: Pai falecido há vinte anos, de câncer. Era funcionário público. A paciente relata ter tido um bom relacionamento com o pai. Relembra, com prazer, os momentos em que o servia – cozinhando, arrumando sua roupa etc. – enquanto sua mãe estava ausente, trabalhando como diarista.

Mãe faleceu dois anos após, também de câncer, segundo a paciente por ter se descuidado durante a doença do marido, alegando que ele era mais importante. Poucos dias antes de falecer, a mãe teria perguntado à paciente o que ela faria após sua morte, tendo a paciente respondido que iria “fazer uma comida bem gostosa, colocar veneno de rato nela e dar para todos comerem”.

Segundo a paciente, seus pais viviam bem, sem brigas, e amavam-se muito. Diz que a lembrança mais significativa que

tem de sua infância é do período em que os pais estavam vivos, devido a esta felicidade que percebia.

A paciente é a quarta filha de um total de sete. Um irmão morreu aos seis meses, de desidratação. Outro faleceu ao nascer, vítima de hemorragia cerebral. Atualmente, são cinco irmãos vivos, todos com boa saúde. A primogênita é separada, tem dois filhos e mora com a irmã caçula, que é mãe solteira de duas meninas. Os dois irmãos são casados, têm filhos e trabalham. A paciente se relaciona bem com todos os irmãos e, em especial, com o irmão mais novo. Diz que tem os irmãos menores como se fossem seus próprios filhos, por ter ficado responsável por eles após a morte dos pais. A paciente é a única, entre os irmãos, que concluiu os estudos, chegando a cursar uma faculdade. Não relata doença mental na família.

O marido tem trinta e sete anos, já trabalhou em vários lugares, por pequenos períodos, o que deixava a paciente muito nervosa. Atualmente, trabalha na mesma fundação que ela, fazendo serviços externos. Não vivem bem há cinco anos, desde que a paciente descobriu que ele lhe era infiel. Relata ter se sentido bastante decepcionada, porque "pensava que ele fosse o único homem da minha vida e eu a única mulher da vida dele, assim como meus pais". O marido já saiu de casa algumas vezes desde então, indo morar com seus pais nesses períodos. O casal já teve inúmeras brigas, quando se agrediam verbal e fisicamente. Atualmente, estão numa fase tranqüila, embora a paciente se diga indiferente a ele e não saiba se ainda o ama e que decisão tomar quanto ao seu casamento.

História patológica pregressa: Relata não ter problemas de saúde. Nunca se submeteu a nenhuma cirurgia, nem sofreu acidente. Nega desmaios e convulsões.

Exame psíquico: Apresenta-se adequadamente vestida e em boas condições de higiene pessoal. Demonstra inquietação em alguns momentos, mexendo nos cabelos e unhas, e muitas vezes treme as pernas sem controle. Tem uma atitude cooperativa com o terapeuta e fala bastante, com fluência e espontaneidade. Responde, sem dificuldade, às perguntas feitas pela terapeuta sobre seu passado e sobre sua vida atual, apresentando boa capacidade de compreensão. Seu pensamento é ex-

presso de um modo lógico. Não relata experiências alucinatórias ou ilusórias. Relaciona-se bem com sua família. Demonstra seus sentimentos, tanto positivos quanto negativos, em relação às pessoas que a cercam. Nota-se em seu comportamento uma dificuldade em controlar impulsos de agressividade, principalmente quando vivencia situações que não lhe são favoráveis. É, em geral, bem humorada e sorridente. Porém, em algumas ocasiões, aparenta tristeza. Numa mesma consulta é capaz de se emocionar, chorar ou rir, ao recordar-se de determinados fatos.

Súmula psicopatológica: Lúcida. Cooperativa. Orientada auto e alopsiquicamente. Normovigil e normotenaz. Memória, inteligência, senso-percepção, pensamento e linguagem sem alteração. Consciência do eu preservada. Nexos afetivos mantidos. Humor irritável. Vontade e pragmatismo preservados. Psicomotricidade levemente alterada (agitação), com consciência da doença atual.

Hipótese diagnóstica: CID-10: F48.9

Transtorno neurótico não especificado.

Triângulo do conflito:

Impulso — desejo de ser amada pelos pais

Ansiedade — sensação de abandono e rejeição

Defesa — controle das situações, seja esquivando-se ou agredindo

Compreensão psicodinâmica: A paciente teria idealizado o relacionamento dos pais, julgando-o perfeito, sem falhas — “minha vida passou a ser ruim após a morte dos meus pais. Antes era tudo maravilhoso”. Sente-se desamparada sem eles e ameaça matar-se, e a seus irmãos, com veneno de rato. Por sentir-se inconscientemente excluída da relação dos pais, busca um marido que pudesse ser aquilo que idealizara no pai. Como não consegue mudá-lo, reage com agressividade, tanto contra ele como sua família e suas filhas.

Foco: Trabalhar sua identidade pessoal e aceitação como uma pessoa com valor próprio.

Referências Bibliográficas

1. ALEXANDER, F. & FRENCH, T. *Terapéutica Psicoanalítica - Principios y Aplicación*, Buenos Aires, Paidós, 1965, 2ª ed.
2. CRITS-CHRISTOPH, P. & BARBER, J. Ed. *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, N.Y., Basic Books, 1991.
3. DAVANLOO, H. et al. *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*, N.Y., Spectrum, 1978.
4. DAVANLOO, H. *Technique of Short-Term Psychotherapy*, Psychiatric Clinics of North America, vol. 2, 1979.
5. DAVANLOO, H. et al. *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, N.Y., Jason Aronson, 1980.
6. FERENCZI, S. & RANK, O. *The Development of Psychoanalysis*. Leipzig. Zurich International Press, 1924.
7. FERENCZI, S. *The Further Development of an Active Therapy in Psychoanalysis* (1920) In: "Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis", London, The Hogarth Press, 1950, 2nd Ed.
8. FREUD, S. (1933) *Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis. La División de la Personalidad Psíquica*. In: *Obras Completas*. Madrid. Biblioteca Nueva. 1968. T. III.
9. LEMGRUBER, V. "Psicoterapia Breve. A Técnica Focal", Porto Alegre. Ed. Artes Médicas, 1984.
10. MALAN, D.H. *La Psicoterapia Breve*, Buenos Aires. Centro Editor de América Latina, 1974.
11. MALAN, D.H. *As Fronteiras da Psicoterapia Breve*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
12. MALAN, D.H. *Psicoterapia Individual e Ciência Psicodinâmica*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
13. SIFNEOS, P.E. *Seven Years Experience with Short-Term Dynamic Psychotherapy*. In: VIth International Congress of Psychotherapy Selected Lectures, London, 1964. Basel, N.Y. S. Karger, 1965.
14. SIFNEOS, P.E. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crises*, Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1972.
15. SIFNEOS, P.E. *Psicoterapia Dinâmica Breve: Avaliação e Técnica*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
16. SIFNEOS, P.E. *S.T.A.P.P. - Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade - Um Manual de Treinamento*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

4

Desenvolvimento de um Centro Especializado em Psicoterapia Integrada*

Introdução

A integração dos trabalhos psiquiátrico e psicológico dentro da configuração de um hospital geral vem ao encontro da demanda de pacientes portadores de distúrbios mentais, emocionais e/ou comportamentais, exigindo um atendimento conjugado, com vistas ao fornecimento de diagnóstico e tratamento adequados e eficazes, uma vez que o quadro apresentado por tais distúrbios é, em geral, composto por diversos fatores que envolvem uma compreensão tanto fisiopatológica quanto psicopatológica, sociológica e cultural do indivíduo.

Os objetivos do Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, atual Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para Saúde Mental, seguem, portanto, as tendências mundiais mais atuais, que se voltam cada vez mais para a interdisciplinaridade das áreas de saúde mental e do tratamento integrado.

Como descreve Costa e Silva em "A Doença e o Doente Mental"⁶, a psiquiatria só se constitui como ciência e ramo da medicina à medida que a noção de doença mental se clarificou, passando de uma interpretação sobrenatural para doença dos órgãos, doença da humanização, da coexistência, patologia da liberdade e da comunicação.

Na sua pré-história, a psiquiatria teve, nas medicinas greco-latina e árabe, a mania, a epilepsia, a histeria e o delírio como formas de alienação natural. A Idade Média traz um retorno à demonologia. Nos séculos XVI e XVII, a atividade psiquiátrica começa a conquistar seus primeiros direitos à cida-

*Baseado em trabalho elaborado com auxílio de bolsa de aperfeiçoamento do CNPq, juntamente com a equipe de supervisores do setor de psicoterapia.

dania, mas é somente em 1798 que ela vem a ser fundada como ciência, por Pinel. Já nesse momento, começa a emergir a influência do conceito de liberdade individual surgido com a Revolução Francesa. A patologia mental passa a constituir-se em seu próprio objeto de estudo, ainda que se confunda com a patologia geral.

No início do século XIX, a tarefa principal atribuída à psiquiatria foi a descrição dos quadros clínicos com sua evolução típica, tendo como base a observação do doente, o diagnóstico e o prognóstico. Nesse mesmo século, a psiquiatria das entidades alcança seu apogeu, mas também revela seus limites, já que, mais adiante, a doença mental passa a ser considerada como síndrome semiológica ou evolutiva, cuja tipicidade de estrutura não pode ser considerada como única especificidade da natureza, uma vez que também parece derivar de etiologias diversas. Nesse contexto, na virada do século XX, surge Freud, que ao introduzir a noção de inconsciente gera uma revolução na concepção da doença mental, transferindo-a da doença para o doente.

Assim, à primeira revolução psiquiátrica, que separou o científico do religioso, segue-se uma nova revolução com Freud e as descobertas do inconsciente dinâmico, da importância da história pessoal na formação das doenças e da possibilidade do diálogo como instrumento terapêutico.

Ao mesmo tempo, no terreno da psiquiatria biológica, surgem as práticas da malarioterapia, da insulino-terapia, do cardiazol e há o advento do eletrochoque na década de 30. Na década de 50 surgem os psicofármacos, resultantes da confluência entre os avanços da bioquímica e das descobertas no campo da fisiologia do sistema nervoso com as ciências do comportamento. O neuroléptico, ao controlar o sintoma psicótico, permite a desinstitucionalização do doente, além de atribuir a este uma nova concepção. Começam a emergir os movimentos pela humanização do hospital, bem como a idéia de comunidade terapêutica e de psicoterapia institucional. A importância do diagnóstico passa a ser contestada pelos movimentos de antipsiquiatria na década de 60. Paralelamente a essas mudanças ocorre a ampliação do poder psiquiátrico,

com o que veio a se configurar como a "revolução científica" da psiquiatria, na década de 70, quando, através da chamada "dissecção farmacológica", foram difundidas novas entidades nosográficas e reformuladas as classificações das doenças mentais, primeiramente pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), através do seu DSM-III (*Diagnostic Statistic Manual*), depois revisto no DSM-III-R e recentemente atualizado no DSM-IV. Esta postura mais objetiva e descritiva das patologias mentais, adotada freqüentemente pela APA, influenciou a nova classificação mundial, adotada oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e baseou os estudos que culminaram na atual Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que busca uma univocidade de linguagem e uma objetividade que evite discordâncias entre as diferentes linhas teóricas.

A partir da década de 70, torna-se cada vez mais clara a possibilidade de se trabalhar com uma psiquiatria de síntese, uma psiquiatria antropológica, que percebe o indivíduo como uma totalidade bio-psico-social indissolúvel. Deste momento em diante, têm início as tentativas de reestruturação da ciência psiquiátrica, tanto no que diz respeito aos seus conceitos teóricos quanto no que tange à sua prática assistencial.

Em relação às abordagens psicoterapêuticas, contrapondo-se ao domínio praticamente exclusivo da psicanálise, encontramos, por um lado, o movimento behaviorista, que gerou toda uma linha de tratamentos de modificação do comportamento e, por outro lado, dentro do próprio grupo da psicanálise, surge a necessidade de adequá-la às novas condições de realidade. O ideal de abreviar o tempo dos tratamentos psicanalíticos nos conduz à psicoterapia breve, nascida em um contexto de transgressão da própria psicanálise, que requer um tempo excessivamente longo, tanto na formação do profissional quanto no próprio tratamento. Ferenczi⁷, discípulo de Freud, é considerado o pai da psicoterapia breve, à medida em que se opunha ao alongamento excessivo dos tratamentos psicanalíticos. As contribuições a essa abordagem foram se estruturando: Franz Alexander¹, em 1946, introduz o conceito de E.E.C.; Balint³ introduz o conceito de *insight* como princípio de

cura psicanalítica; Malan^{13, 14} elabora o conceito de foco terapêutico. Esses conceitos foram sendo organizados em uma configuração que hoje se distingue completamente do modelo clássico da psicanálise. Assim, os avanços e estudos psicanalíticos permitiram o desenvolvimento da psicoterapia breve, que passa então a ser usada não apenas como artifício de técnica derivado da psicanálise, como Knobel¹⁰ nota, para ser uma técnica em seu próprio direito, com características próprias e distintas daquelas da psicanálise.

Assim, na segunda metade do século, paralelamente ao *boom* da psicofarmacologia, ocorre um grande desenvolvimento de pesquisas sobre técnicas de psicoterapia breve. Com o surgimento das medicações antipsicóticas, antidepressivas e ansiolíticas, tornou-se possível o manejo de estados mais graves e o controle da sintomatologia incapacitante. A *integração dessas duas modalidades de tratamento* tem produzido uma postura mais pragmática, que por sua vez resulta em atendimentos mais breves e eficazes, conforme o que vem ocorrendo na psiquiatria moderna na Europa e América do Norte.

Do ponto de vista do uso da técnica, nossa abordagem de psicoterapia breve¹¹ distingue-se da psicanalítica em aspectos importantes: maior *atividade* do terapeuta em contraposição à postura abstinente própria da psicanálise; transformação na associação livre da psicanálise em *focalização* na psicoterapia breve; estabelecimento de determinados objetivos específicos a serem atingidos através do *planejamento* de uma estratégia que permita ao paciente vivenciar E.E.C. Estes três aspectos definem a *triade da psicoterapia breve* como técnica focal na qual fundamentamos o nosso trabalho: trata-se de uma técnica peculiar, que inclui uma atividade, um foco e um planejamento.

No Brasil, encontramos ainda uma dificuldade de aceitação, pela área de Saúde Mental, dessa abordagem mais ativa e mais integrada da psiquiatria moderna. Observamos, por exemplo, uma certa resistência de alguns profissionais da área (psiquiatras e psicólogos) em contracenarem na assistência ao doente mental, principalmente no âmbito hospitalar. Persiste uma disputa pelo saber, cujo embrião está assinalado histori-

camente e que mantém a dificuldade de entrosamento entre as áreas de saber distintas e complementares na ação conjunta.

Uma outra dificuldade encontrada diz respeito a uma valorização excessiva da psicanálise, e não sem razão, pois ela foi não só um dos marcos de evolução da própria psiquiatria, como também uma das precursoras da possibilidade de atuação clínica do psicólogo. Figueira, em sua análise "O Movimento Psicanalítico no Rio de Janeiro na Década de 70"⁸, discute a produção de uma psicologia psicanalítica e seus efeitos na formação do psicólogo clínico, onde assinala a criação das primeiras sociedades de linha psicanalítica no Brasil e da oficialização do primeiro curso de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/Rio), no Brasil, em 1962, quando a profissão do psicólogo é regulamentada e possibilitada a prática clínica legalizada.

O que fica como questão é o encastelamento da psicanálise em detrimento de outras técnicas psicoterapêuticas. Em pesquisa realizada em âmbito nacional entre membros do Conselho Federal de Psicologia, em 1988, por Negreiros e Langembach¹⁵, a opção teórico-metodológica privilegiada é a psicanálise, como opção de 37% dos respondentes, seguida de 22% de respostas em branco, ou seja, sem posicionamento teórico-metodológico, 21% para as outras especialidades relacionadas na pesquisa (fenomenologia, psicodrama, gestalt, jungiana) e 19% para o quesito "outras".

É sabido que não há respostas definitivas para a questão da doença mental. Nenhuma linha teórico-técnica específica e nem os psicofármacos conseguiram isoladamente a cura das afecções mentais mais graves, como as psicoses. Este é ainda um campo aberto à exploração. O que temos efetivamente são avanços nas pesquisas psiquiátricas, conforme observamos nos últimos congressos de psiquiatria e a busca de técnicas psicoterápicas que melhor se adequem ao modelo interdisciplinar de assistência ao doente mental. E mais. Além do questionamento da unilateralidade assumida por várias escolas e programas aplicados tanto de psiquiatria quanto de psicologia, consideramos importante a avaliação de suas especificidades e limites, pois análises baseadas em trabalhos realizados em

ambulatoriais públicos demonstraram que programas de saúde mental não adaptados às características psicossociais da população alvo geram situações problemáticas que, em geral, são atribuídas aos pacientes e não às deficiências dos próprios programas¹²⁻¹⁶.

A propósito da discussão sobre programas de saúde, os profissionais da área de saúde mental no Brasil estão atualmente voltados para o Projeto de Lei Paulo Delgado, que visa à desarticulação progressiva dos manicômios. O que consideramos relevante é a reflexão sobre possíveis alternativas de atendimento médico-psicológico à população necessitada de cuidados psiquiátricos. Obviamente, esta não pode ser privada de um determinado tipo de assistência, embora pouco eficiente e cheio de limitações, sem que lhe sejam oferecidas outras formas mais adequadas de atendimento. Dentro desta linha, consideramos importante contribuir com a possibilidade de viabilização de um modelo de atendimento ambulatorial no sistema público, que se pretende interdisciplinar na assistência e formação de profissionais e nas técnicas de tratamento psicoterapêutico, conforme o que implantamos no Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Características do Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

O Serviço de Psiquiatria funciona atendendo pacientes de baixa renda, em regime ambulatorial.

Os pacientes vêm de uma classe sócio-econômica presumidamente baixa, uma vez que procuram atendimento gratuito. Eles se dirigem ao Serviço porque são encaminhados por profissionais de outras especialidades dentro da própria Santa Casa ou de outras instituições, por conhecidos ou ainda por divulgação do nosso Serviço pela mídia.

São submetidos inicialmente a uma entrevista psiquiátrica, com o objetivo de se chegar a uma hipótese diagnóstica. Num primeiro momento, o paciente é atendido por um psiquiatra que poderá ou não indicar o seu encaminhamento ao Setor de Psicoterapia. Uma vez encaminhado para este Setor, o paciente passará por uma entrevista de triagem, desta vez com

um psicólogo, que avaliará se o paciente tem condição de se beneficiar de um atendimento psicoterápico e qual o tipo de atendimento mais indicado, se individual ou grupal.

Esta forma de atendimento, através de duas entrevistas consecutivas com dois profissionais, foi considerada a mais eficaz após algumas tentativas anteriores de entrevistas em grupo de pacientes com dois profissionais e entrevistas individuais do paciente simultaneamente com os dois profissionais. Desta forma, alguns pacientes do Serviço são atendidos somente pelo Setor de Psiquiatria, outros são atendidos por ambos ou, ainda, passam a ser atendidos apenas em psicoterapia.

Em geral, no Setor de Psiquiatria, o atendimento é feito mensalmente ou conforme a necessidade do caso, com o objetivo de avaliar a evolução clínica do paciente e fazer o acompanhamento medicamentoso. No Setor de Psicoterapia, o paciente é atendido semanalmente, individualmente ou em reuniões de grupos (*vide* Capítulo 5). Tais atendimentos são feitos por aproximadamente trinta psicólogos, entre voluntários e estagiários de psicologia, supervisionados, também semanalmente, em grupos onde são discutidas as entrevistas preliminares, aspectos transferenciais, a atuação do terapeuta na relação com o paciente e a concentração no foco terapêutico estabelecido no início do tratamento. Os casos de atendimento individual (*vide* exemplos apresentados no Capítulo 3) são apresentados, também semanalmente, em sessões clínicas coordenadas pela Chefe do Setor. As sessões clínicas visam à troca de experiências entre os profissionais do Serviço (médicos e psicólogos). Tais sessões têm ainda por objetivo a integração das abordagens médicas e psicoterápicas, através da discussão dos casos, procurando uma linguagem comum para a compreensão do paciente.

Estabeleceu-se que o tratamento psicoterápico teria a duração de um ano, o que representa uma média de quarenta sessões, podendo esse prazo ser aumentado ou reduzido de acordo com as características de cada caso. As sessões psicoterápicas ocorrem uma vez por semana, em horário especificado. As sessões individuais têm a duração de trinta minutos e são realizadas face a face, devendo o paciente sentir-se respon-

sável pelo horário marcado e assumir um "contrato" a esse respeito, onde são notificados de que duas faltas consecutivas ou quatro alternadas, sem justificativa prévia, representarão desistência do atendimento.

As primeiras entrevistas têm como objetivo a avaliação do quadro clínico, do foco a ser trabalhado da estratégia a ser tomada no tratamento, e o estabelecimento da aliança terapêutica. Estima-se que o período das entrevistas de avaliação seja, no máximo, de cinco sessões.

A indicação do tipo de psicoterapia mais adequado não será ditada apenas pela sintomatologia, pela síndrome ou pelo quadro clínico, mas também pela estrutura de personalidade do indivíduo, que será avaliada nas entrevistas iniciais. Em casos mais complicados – psicoses, comprometimentos orgânicos, diagnósticos a serem esclarecidos – existe a possibilidade de um atendimento mais longo em psicoterapia de apoio. Outros poderão se beneficiar em prazos mais curtos, desde que disponham de recursos internos e potenciais que possam vir a ser estimulados por E.E.C., preenchendo os requisitos necessários à psicoterapia focal.

Utilizamos critérios que nos evidenciam a possibilidade de alta. São eles: mudança de atitude do paciente em relação aos sintomas tanto psicológicos quanto físicos, relações interpessoais mais adaptadas com pessoa-chave no ambiente do paciente, melhora da auto-estima, desenvolvimento de novas atitudes, utilização de estratégias para solução de problemas, observação quanto à mudança nos fatores predisponentes individuais básicos, responsáveis e subjacentes aos problemas do paciente.

Admitimos duas formas de alta. Uma delas, a alta completa, que envolveria todos os critérios acima, que levariam inclusive à indicação de alta psicofarmacológica ou, nos casos crônicos, que a medicação seja apenas a de manutenção.

A alta parcial, por sua vez, implica uma série de variáveis: auto-avaliação do paciente, quando o tratamento atinge o limite de tempo de atendimento estipulado pela instituição, e o paciente, apesar de não ter preenchido todos os critérios, teve, no entanto, uma mudança significativa e admite e concorda com

a alta; quando o paciente acredita que conseguiu atingir os seus objetivos ao procurar a instituição e o terapeuta concorda com essa auto-avaliação, apesar de saber que outros critérios ainda poderiam ser atingidos; quando o paciente não tem sofisticação que possa levá-lo a elaborar melhor seus problemas; quando há uma contingência de vida (horário de trabalho, mudança de cidade etc.) que impeça o paciente de continuar o tratamento e ele já atingiu alguns dos critérios de alta. Todas as outras situações serão consideradas desistências ou desligamentos.

Foram atendidos em psicoterapia individual, nos primeiros cinco anos de funcionamento do Setor, 262 pacientes, sendo que 71% (185 pacientes) são do sexo feminino. Em relação à idade, existe uma concentração de pacientes na faixa de 20 a 40 anos, que constitui 67% do total. Portanto, o paciente típico de nosso atendimento, numa proporção de 3 para 1, seria uma mulher entre 20 e 40 anos de idade.

Analisando o atendimento do Setor de Psicoterapia nesses primeiros cinco anos de funcionamento, temos os seguintes resultados demonstrados no Quadro 4-1.

Quadro 4-1. Resultado total dos 262 casos atendidos no Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, no período de cinco anos (agosto/89 a dezembro/94)

<i>Resultado</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Percentual</i>
Alta completa	43	16,41%
Alta relativa	20	7,63%
Em Terapia	72	27,48%
Desistentes	82	31,23%
Desligados	19	7,25%
Sem dados	26	9,92%

Discussão

Podemos ver que, apesar de o índice de desistências (31,23%) representar um terço dos pacientes a nós encami-

nhados e, portanto, um índice que pode ser considerado alto, se compararmos com outras instituições similares, nossa relação alta/evasão ou atendimento/evasão pode ser vista como promissora. Se contarmos ainda com o fato de que a análise deste estudo foi baseada em dados relativos à instalação do Setor – o que envolve reestruturação e reflexão, de forma a reforçar aspectos positivos e eliminar ou reduzir os aspectos de pouca eficácia – aventamos a possibilidade de, no futuro, otimizarmos nossos resultados.

Resultados obtidos em pesquisa realizada por Fortes & Prado⁹ sobre o número de evasões em duas clínicas que prestam assistência psicoterapêutica e são vinculadas a instituições de atendimento à população de baixa renda no Rio de Janeiro (Policlínica de Botafogo e Serviço de Psicologia Aplicada da PUC-Rio) indicam que nos anos de 1985 e 1986 os índices de evasão foram respectivamente de 54% e 51%, no SPA/PUC-Rio, e 39% e 45% na Policlínica de Botafogo.

Nosso índice foi de 31,23%, cobrindo um período de cinco anos (agosto/89 a dezembro/94). Considerando-se que as duas instituições citadas já se encontravam estruturadas à época da pesquisa e que os nossos resultados são de um desempenho inicial, podemos contar com a possibilidade de um potencial ainda a ser desenvolvido, à medida que nosso trabalho avança.

Fortes & Prado argumentam que a experiência dos profissionais desses serviços de assistência psicoterapêutica poderia ser determinante na diferença de índices de evasão entre as duas instituições citadas em sua pesquisa. Segundo os autores, aquela com profissionais graduados e mais experientes teria um melhor desempenho, avaliado pela relação entre número de pacientes em tratamento e número de evasões, e este fato justificaria os melhores resultados da Policlínica de Botafogo. Argumentam que as taxas menos favoráveis no SPA/PUC-Rio poderiam ser atribuídas à pouca experiência de psicoterapeutas ainda em formação acadêmica e pelo maior número de supervisores trabalhando com diferentes abordagens.

O atendimento do Setor de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, no

entanto, é feito em grande parte também por alunos do último ano de graduação em Psicologia. E, ainda assim, tivemos resultados comparáveis com os da Policlínica de Botafogo. Contudo, apesar de termos quatro grupos de supervisão, a orientação teórico-metodológica é a mesma em todos os grupos. Além disso, os casos são sempre levados para apresentação e discussão em reunião clínica, com a presença de todos os membros do Setor de Psicoterapia.

A diversidade de grupos de supervisão no SPA/PUC-Rio é compatível com o alto número de casos atendidos no período estudado, ou seja, havia 40 estagiários no período de dois anos e 276 casos atendidos. Por outro lado, na Policlínica de Botafogo foram atendidos 54 casos, supervisionados em apenas 2 grupos de supervisão durante o período, ou seja, números mais próximos ao universo por nós discutido (262 casos em cinco anos). Além disso, também existe o fato de na Policlínica de Botafogo haver um atendimento com abordagem interdisciplinar, dentro de uma instituição hospitalar, isto é, um modelo que mais se aproxima do nosso Setor de Psicoterapia.

Assim, atribuímos uma melhor proporção entre o número de casos atendidos e o número de desistências à característica interdisciplinar, ao trabalho institucional e à orientação mais sistemática e mais integrada por parte do grupo de supervisores, o que parece superar o fato de que os psicoterapeutas sejam inexperientes e muitos deles ainda sejam estudantes de graduação.

De fato, deve ser enfatizada, na formação acadêmica, a necessidade de haver maior controle na avaliação dos casos e no estabelecimento de um contrato terapêutico com o paciente. Desta forma é possível se promover um engajamento mais completo do paciente com o objetivo terapêutico e uma maior segurança do estagiário ao começar o tratamento, uma vez que ficam mais bem estabelecidos o padrão psicológico do paciente e o planejamento da terapia¹¹. Em pesquisa de resultados do grupo de supervisão de Lemgruber² no SPA/PUC-Rio, nos anos de 1981 a 1983, observou-se que a utilização do Teste de Relações Objetivas (TRO), da Clínica Tavistock de Londres,

como instrumento de avaliação psicológica inicial, tende a aumentar o sucesso da psicoterapia realizada por estagiários.

Cordioli⁴ fez um estudo sobre resultados da psicoterapia breve, avaliados em *follow-up* ao longo de dois anos após o término do tratamento, de pacientes atendidos por alunos do 2º ano do Curso de Especialização em Psiquiatria, da UFRGS, em 1980. Nessas entrevistas de *follow-up*, dos 24 entrevistados, 29,2% deram demonstrações de terem obtido, durante seu processo psicoterapêutico, compreensões importantes sobre seus sintomas e problemas, que teriam desaparecido ou estariam substancialmente atenuados; 33,3% apresentavam uma redução na intensidade dos sintomas e uma modificação parcial nos problemas. Três dos entrevistados haviam reiniciado a psicoterapia e afirmavam que deveriam continuar o tratamento. Em 37,5%, os sintomas e problemas que haviam sido observados por ocasião da busca de tratamento estavam praticamente inalterados; estes eram, no entanto, pacientes com sérias dificuldades e transtornos caracterológicos graves.

Em nosso trabalho, conforme relatado anteriormente, buscamos analisar a qualidade do resultado do processo psicoterapêutico realizado institucionalmente, discriminando dois tipos de alta: a alta completa e a relativa, e considerando como desistências não somente os casos de abandono de tratamento e desligamento voluntário, mas também aqueles casos em que não houve mudança no quadro inicial do paciente. Levantamos algumas hipóteses sobre fatores relativos às desistências que merecem atenção:

- algumas vezes, a demanda dos pacientes que nos procuram não corresponde ao trabalho que estamos dispostos a oferecer, como nos casos em que o paciente tem a expectativa de que somente uma medicação vá lhe trazer solução instantânea e, assim, resiste ao exercício de introspecção, característica de um processo psicoterapêutico;

- a característica voluntária e/ou acadêmica dos profissionais envolvidos (com exceção das secretárias, que têm vínculo empregatício), o que propicia mudanças periódicas no quadro técnico; quando o psiquiatra ou o psicoterapeuta precisa ser substituído ocorrem perdas no processo terapêutico do

paciente, principalmente nos primeiros três meses de terapia, apesar de todas as substituições serem trabalhadas pelos profissionais com o paciente durante os atendimentos. Após essa fase, parece existir uma vinculação maior do paciente ao Serviço como um todo e a mudança acontece de forma menos traumática.

— a substituição dos psicoterapeutas nos casos mais graves, como no atendimento de pacientes psicóticos ou *borderline*, pode ser excessivamente traumática e levar a um agravamento do quadro; a abordagem somente com o paciente, sem contato com familiares, parece pouco adequada em muitos casos, pelo vínculo frágil e pelas oscilações que caracterizam essas síndromes. Além disso, há situações nas quais a melhora do paciente modifica uma situação familiar patológica e a família termina provocando a desistência do tratamento.

Assim, qualquer projeto que vise ao atendimento ambulatorial do paciente psiquiátrico deve prever um trabalho que envolva necessariamente uma participação e compromisso da família ou de alguns membros desta, assim como de terapeutas que tenham um vínculo significativo com a instituição.

Conclusão

Como demonstramos, é possível obter-se resultados positivos mesmo com atendimento realizado por acadêmicos ou dentro de instituição pública, desde que haja uma orientação técnico-teórica sistemática e consistente. O bom atendimento não precisa se limitar àqueles que dispõem de recursos para custear um tratamento psicoterápico. Acreditamos na possibilidade de se prestar um serviço semelhante, a baixos custos, para a população carente.

Nosso objetivo ao criar um Setor de Psicoterapia dentro de um Serviço de Psiquiatria no contexto de um hospital geral é o do atendimento integrado. A integração da medicina com a psicologia precisa ser realizada tanto no plano assistencial quanto no acadêmico. No trabalho de atendimento psiquiátrico, num país em desenvolvimento, onde novos conhecimentos da psiquiatria como neurociência são importados por não termos condições de manter um campo de pesquisa atualizado,

resta-nos o dom da criatividade e da afetividade. É a partir dessas capacidades do nosso profissional que o atendimento médico-psicológico no Brasil pode ser bastante eficiente: através de uma visão holística do paciente e de seu atendimento integrado.

Referências Bibliográficas

1. ALEXANDER, F. & FRENCH, F. *Terapéutica Psicoanalítica - Principios y Aplicación*. Paidós, Buenos Aires, 1985, 2ª ed.
2. ANDRADE, R.S. *A Aplicação de Testes Projetivos como fator contribuinte ao sucesso na Psicoterapia Breve, requisito para disciplina*. Pesquisa I, PUC/Rio, 1984.
3. BALINT, M. & ORNSTEIN, P.H. & BALINT, E. *Focal Psychotherapy. An example of applied psychoanalysis*. London, Tavistock Publications, 1972.
4. CORDIOLI, A. *As Psicoterapias na Psiquiatria*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Ano XI, Vol. XI, nº 1, pp. 2-13, janeiro/abril, 1989.
5. COSTA E SILVA, J.A. *Psicoterapia (concepção, mais critérios para seu emprego)*. J. Bras. Psiq., abril, 1979.
6. COSTA E SILVA, J.A. *A Doença e o Doente Mental: os limites da psiquiatria*; Achiamé, RJ, 1979.
7. FERENCZI, S. *The further development of an active therapy in psychoanalysis*. In: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, Hoogarth, London, 1959.
8. FIGUEIRA, S.A. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. Brasiliense, São Paulo, 1985.
9. FORTES, I. & PRADO, B.I. *A questão da experiência profissional nos serviços de Psicologia Aplicada*. Relatório de Pesquisa, 1987.
10. KNOBEL, M. *Psicoterapia Breve*, EPU, S. Paulo, 1986.
11. LEMGRUBER, V. B. *Psicoterapia Breve - A Técnica Focal*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.
12. LO BIANCO, A.C. *Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso*. In "Família, Psicologia e Sociedade". Velho, G. ; Figueira, S., Coord. Campus, Rio de Janeiro, 1981.
13. MALAN, D.H. *La Psicoterapia Breve*, Buenos Aires, Centro Editor da América Latina, 1974.
14. MALAN, D.H. *As Fronteiras da Psicoterapia Breve*. Artes Médicas, 1981.
15. NEGREIROS, T.C. & LANGEMBACH, M. *Formação complementar: um labirinto profissional*. In: "Quem é o psicólogo brasileiro". Org. pelo CFP. Edicon, 1988.
16. SERPA, Jr. & Colaboradores. *Processo terapêutico, comunicação e classe social*. J. Bras. Psiq., 37(2), pp. 87-92, 1988.

Atendimento Grupal em Psicoterapia Breve com Técnica Focal*

Introdução

Acreditamos que a integração do atendimento psicológico ao psiquiátrico pode possibilitar um aumento na eficácia do tratamento ambulatorial em psiquiatria. No entanto, o atendimento psicológico, semanal e individual, nem sempre consegue responder à demanda, no que se refere às indicações para psicoterapia. Ainda pelo fato de pretendermos diversificar nosso trabalho a fim de testar alternativas viáveis de serem implementadas no sistema público de atendimento psiquiátrico no Brasil, o grupo terapêutico tornou-se nossa segunda opção de trabalho.

Por possibilitar o trabalho com vários pacientes em um só atendimento e conseqüentemente ser mais efetiva na relação custo-benefício, a psicoterapia de grupo, como Freire Costa² discute e defende, pode ser mais adequada, uma vez que propicia um espaço comum aos pacientes no qual as diversidades sócio-culturais podem encontrar expressão sem que sejam necessariamente contaminadas, tal como pode ocorrer na relação dual profissional e paciente.

O trabalho com grupos apóia-se, também, na constatação da eficácia dos grupos de auto-ajuda, como os Alcoólicos Anônimos, que existem em vários países há muitos anos, inclusive no Brasil⁷. Em menor escala, há ainda os Toxicômanos Anônimos, grupos de mulheres, grupos de gestantes, de pais de excepcionais, de soropositivos para HIV e muitos outros. Esses grupos são homogêneos, formados por indivíduos que têm uma questão em comum e buscam apoio, consolo e alívio. A

*Baseado em trabalho elaborado com auxílio de bolsa de aperfeiçoamento do CNPq, juntamente com a equipe de supervisores do setor de psicoterapia.

convivência com pessoas com o mesmo tipo de problema acaba por criar laços emocionais que contribuem para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas, mesmo que não se lide com a psicodinâmica individual.

Por outro lado, a psicoterapia de grupo, como se sabe, é um tipo de tratamento em que grupos de pessoas se reúnem, sob a orientação de psicoterapeutas, com o intuito de aprender a avaliar seus padrões de comportamento através da ajuda de seus pares, podendo levar a mudanças tanto internas como em suas relações. Mediante a utilização de diversas técnicas, os terapeutas facilitam a introspecção, aproveitando, sempre que possível, elementos de interação entre os membros do grupo.

Nosso objetivo era tentar desenvolver uma abordagem de terapia grupal, na qual conjugariamos, com os princípios de psicoterapia grupal de Yalon¹⁰, os princípios da psicoterapia breve com técnica focal em atendimento individual. Quaisquer outros recursos ou técnicas trazidas pelos terapeutas envolvidos considerados como aportes positivos em fases diversas dos processos individuais ou grupais foram aplicados, tendo sido o resultado de sua utilização posteriormente avaliado.

A abordagem grupal, de acordo com Yalon, tendo características específicas, lança mão de recursos terapêuticos mais indicados para determinados casos. Destacamos, a seguir, dez fatores curativos.

1º) Coesão Grupal: fator inicial mais importante no grupo. Tomando por base trabalhos desenvolvidos em Londres e na Califórnia na década de 70, trata-se de uma propriedade básica dos grupos, muito pesquisada mas pouco compreendida, uma vez que as várias definições não permitiam o atingimento de um consenso. Para Yalon, a coesão grupal é "a resultante de todas as forças agindo sobre todos os membros para permanecerem no grupo, ou seja, a atração do grupo para seus membros", possibilitando a ocorrência de outros fatores curativos.

2º) Instilação de Esperança: os membros de um grupo coeso acompanham a evolução de cada um de seus membros, acreditam na própria dinâmica, no potencial de cada um e na existência de soluções viáveis para suas questões.

3º) *Compartilhamento de Informações*: esclarecimentos que os membros do grupo ou os terapeutas introduzem e todos têm a oportunidade de discuti-los e incorporá-los. A adaptação dos novos dados à experiência de cada um gera debates que podem ocasionar a reestruturação de atitudes em alguns dos participantes. A heterogeneidade dos grupos faz com que alguns preconceitos venham à tona e possam ser revistos em um ambiente seguro.

4º) *Universalidade*: constatação, pelo paciente, de que não está só e nem é o único a conviver com problemas.

5º) *Altruísmo*: oportunidade de ajudar o companheiro, fato que ocorre com frequência nos grupos. Trata-se da capacidade de sair de si para compreender o problema do outro, tentando encontrar soluções, partilhando suas dúvidas e celebrando suas conquistas. Para que este fenômeno ocorra é necessário que o grupo divida o tempo, o espaço e a atenção dos terapeutas – esforço que é compensado pelo prazer em ajudar e pela certeza de que cada um será ouvido, entendido e aceito.

6º) *Desenvolvimento de Técnicas Socializantes*: atividade que se torna possível devido ao convívio entre os membros do grupo, que pressionam cada um a deixar-se ajudar, a contribuir para a melhora dos outros, a reagir a provocações, a se defender, a se divertir, a reformular padrões de reação, a entrosar-se e a respeitar a si próprios e aos outros.

7º) *Comportamento Imitativo*: utilização, como modelos de relação, das relações estabelecidas entre o terapeuta e o grupo e entre os membros do grupo entre si. Por este motivo, é fundamental que tais relações sejam de boa qualidade.

8º) *Ventilação e Catarse*: intercâmbio de sentimentos gerados por experiências compartilhadas, que por sua vez provocam a liberação de emoções que incomodam por seu acúmulo.

9º) *Recapitulação Corretiva do Grupo Familiar Primário*: tendência do indivíduo em repetir, no grupo terapêutico, o padrão relacional básico estabelecido durante a infância com a família. É em cima deste modelo que o paciente pautará seu relacionamento com outros grupos, substituindo pessoas significativas em sua vida. Este fenômeno facilita, pela sua repetição em diferentes circunstâncias, a elaboração de conflitos

reais ou imaginários, até que ocorra a atualização do padrão relacional básico. Esta atualização dá-se através do *feedback* oferecido pelo grupo e das interpretações do terapeuta.

10ª) Aprendizado Interpessoal: fator curativo complexo, que se sustenta na importância das relações interpessoais, no funcionamento do grupo como microcosmo social e na E.E.C. Como destaca Yalon, os seres humanos sempre viveram em grupos caracterizados por relacionamentos intensos e persistentes. Esse comportamento tem sido claramente adaptativo, no sentido evolutivo e cultural, pois sem laços interpessoais recíprocos e positivos a sobrevivência da espécie não poderia ter ocorrido. O autor afirma, também, que um grupo que interage livremente, com poucas restrições estruturais, torna-se, ao longo do tempo, um microcosmo social. Assim sendo, cada indivíduo vai recriar no grupo o universo interpessoal que sempre habitou, proporcionando ao terapeuta elementos para identificar e transformar em vantagem terapêutica o comportamento em questão.

Os dez fatores curativos aqui descritos separadamente são, de fato, interdependentes e se sobrepõem em muitas circunstâncias, constituindo partes de um processo dinâmico, único em cada grupo e facilitado pela coesão grupal.

Características do trabalho de grupo

A psicoterapia breve com técnica focal tem características marcantes: a seleção dos pacientes, a atividade do terapeuta, o planejamento das sessões, a escolha, junto ao paciente, do foco a ser trabalhado, a interpretação e atenção seletivas, além da vivência de E.E.C. É, também, orientada para objetivos claramente delimitados e para mudanças legítimas na vida das pessoas, não tendo como meta exclusiva propiciar o autocohecimento e fornecer apoio ao paciente que vive o processo terapêutico. Essa modalidade de psicoterapia recebe o nome de psicoterapia breve porque as características acima mencionadas geralmente abreviam a sua duração, mormente se a comparamos ao tratamento psicanalítico. Em relação aos fatores curativos de Yalon, o atendimento grupal oferece muitas

oportunidades de provocar E.E.C., devido à heterogeneidade natural das relações humanas que se desenvolvem neste *setting* de grupo.

Com o suporte teórico descrito acima, demos início, em 1990, ao atendimento grupal, tendo em mente as seguintes propostas:

- a) testar uma técnica focal para atendimento em grupo;
- b) fazer um levantamento das indicações diagnósticas que mais se beneficiaram dessa modalidade de atendimento;
- c) elaborar critérios de seleção de pacientes mais receptivos a essa abordagem;
- d) estudar os temas presentes em cada etapa de evolução dos grupos, na tentativa de sistematizar e acelerar o processo futuramente;
- e) estabelecer critérios para alta dos pacientes;
- f) contribuir para um melhor conhecimento dos resultados possíveis de serem alcançados em se tratando de abordagens com características semelhantes.

A seleção inicial dos pacientes tomou por base critérios estabelecidos por diferentes autores (Yalon, Knobel, Zimmerman, Kaplan & Sadock e Sifneos, dentre outros), os quais podem ser assim resumidos:

- idade entre 20 e 65 anos;
- ausência de patologia grave;
- capacidade para identificar uma queixa principal;
- história de um relacionamento significativo durante a infância precoce;
- capacidade de expressar sentimentos verbalmente;
- condições de interagir de forma flexível com o entrevistador;
- inteligência mediana ou acima da média;
- motivação para mudança;
- boa receptividade da idéia de participar de um grupo terapêutico.

A partir desses critérios iniciais, os grupos foram constituídos, evitando-se a participação, no mesmo grupo, de pessoas que já se conhecessem, e levando-se em conta a disponi-

bilidade de cada um, uma vez que os encontros aconteceriam em dias diferentes.

Todos os pacientes eram recebidos por um psiquiatra do Serviço (mesmo que apenas de referência) e recebiam atendimento médico sempre que necessário.

As características pessoais dos terapeutas são importantes no trabalho de grupo. É necessário que os mesmos tenham raciocínio rápido, boa percepção, boa memória auditiva e visual, flexibilidade e capacidade para suportar frustrações e críticas. No caso do trabalho em dupla, é imprescindível a existência de confiança mútua, aceitação de diferenças e, o mais importante, clareza de objetivos. Uma vez que a constância é indispensável para o bom andamento do tratamento psicoterápico, o fato de haver dois terapeutas em cada grupo facilita o trabalho, à medida que, ao surgirem imprevistos que impeçam um dos terapeutas de comparecer à sessão, o outro poderá atuar sozinho, sem prejuízo do grupo.

Os encontros realizam-se na sala de aula do Serviço, onde ocorrem, além das aulas de Psiquiatria da Escola de Medicina da F.T.E.S.M, as reuniões clínicas de apresentação e discussão de casos. Em algumas sessões, utilizamos lápis e papel para fazer anotações. Este cenário levou pacientes a se referirem às sessões como "aulas". Ao receberem os necessários esclarecimentos que distinguiam as sessões terapêuticas de "aulas", entre risos e desculpas comparavam-nas a "reuniões onde se aprende a viver".

Dois grupos-pilotos, com um número máximo de dez pacientes, foram montados em janeiro de 1990. Sua composição pode ser descrita como aleatória, já que o próprio paciente, indicado para o grupo segundo os critérios acima descritos, fazia a opção do dia da semana que melhor lhe convinha.

O trabalho foi desenvolvido em cada um dos grupos por dois terapeutas. Ao término da sessão, discutia-se e analisava-se o ocorrido com vistas à elaboração de um planejamento sobre o qual se daria seguimento ao processo.

As sessões têm a duração de noventa minutos. A primeira é utilizada para apresentação dos terapeutas, dos membros do grupo e para o estabelecimento de parâmetros: duração e fre-

quência das sessões; importância da participação e da notificação de faltas, uma vez que duas ausências seguidas por parte do paciente seriam interpretadas como desistência, caso não fossem notificadas; suspensão automática das sessões durante greves; e apresentação de questões ou dúvidas do paciente sobre o trabalho terapêutico. A preocupação em utilizar uma linguagem simples, direta e coloquial foi uma constante por parte dos terapeutas.

As sessões subsequentes têm o objetivo de abrir caminho para o estabelecimento de uma coesão grupal. Naturalmente, a partir dessas primeiras sessões, os membros do grupo passam a trazer suas questões de forma espontânea, e o papel dos terapeutas, desse momento em diante, torna-se de natureza muito mais balizadora e facilitadora dos fatores curativos propostos por Yalon.

Durante os dezoito primeiros meses de funcionamento, trinta e seis pacientes participaram do atendimento grupal. Desse total, treze (36,1%) desistiram, treze (36,1%) receberam alta, quatro (11,1%) tiveram melhora relativa e seis (16,66%) continuaram em atendimento, conforme mostra o Quadro 5-1, sendo os grupos compostos por oito (22,2%) homens, e vinte e oito (77,7%) mulheres, com idade modal entre 20-25 e 50-55 anos.

O critério primordial de alta na terapia de grupo foi a remissão da queixa principal, com conseqüente adaptação ao

Quadro 5-1. Resultado Total dos 36 casos Atendidos em Grupo durante os Primeiros dezoito meses

<i>Resultado</i>	<i>Número e Percentual</i>	<i>Tempo Médio</i>	<i>Integração com Psicofármacos</i>
Altas compl.	13 (36,0%)	22 sessões	7 (53,84%)
Melhora relativa	4 (11,1%)	8 sessões	2 (5,%)
Em terapia	6 (16,66%)	20 sessões	3 (50%)
Desistentes	13 (36,0%)	2/3 sessões	2 (15%)
TOTAL	36 (100%)		14 (38,88%)

trabalho, ao estudo ou ao relacionamento com outros membros da família ou comunidade. Em geral, era apontada pelo próprio paciente, que tinha a liberdade de se desligar do grupo no seu próprio tempo, geralmente um mês após a constatação da alta em grupo.

Os casos aqui classificados como “melhora relativa” representam aquelas situações em que o paciente apresentou algumas modificações significativas, no entanto, por motivos como viagem ou mudança no horário de trabalho, ou ainda por resistência do paciente, o processo terapêutico atingiu determinado ponto, mas foi interrompido.

Torna-se necessário lembrar que, apesar do atendimento ser gratuito, o gasto de tempo e de dinheiro com transporte representa ônus significativo para essa faixa da população, sendo que não tivemos nenhum paciente de grupo que freqüentasse as sessões pelo que poderíamos chamar de diletantismo.

Em sua grande maioria, as desistências, na terapia de grupo, ocorreram na segunda ou terceira sessão. Foram mais numerosas quando vários pacientes novos entravam juntos para o grupo. Atribuímos tal ocorrência à avaliação deficiente na seleção das indicações quando um grande número de pacientes esperava ser chamado para atendimento no Serviço. Outro fator importante, que cabe ser mencionado aqui, é o fato de que os grupos, quando coesos, acolheram novos pacientes de forma muito mais receptiva, sempre que estes ingressavam individualmente nos grupos.

Assim, ainda durante o período de desenvolvimento deste estudo, iniciamos a rotina de cinco entrevistas individuais para avaliação, realizadas por um dos terapeutas do grupo. Tal procedimento mostrou que muitos pacientes, inicialmente indicados após a triagem para participarem de um grupo, na verdade não preenchiam os critérios *a priori* definidos para indicação para terapia de grupo. Estas entrevistas individuais de avaliação permitiram então que uma indicação mais adequada dos pacientes fosse elaborada.

Técnica focal em atendimento grupal

No início, pensamos que assuntos específicos e temas determinados fossem surgir ao longo das diferentes etapas do trabalho grupal. Contudo, a evolução dos grupos apresentou aspectos básicos, em geral facilitados pelo trabalho dos terapeutas. A saber:

a) apresentação dos membros e das razões que os levaram ali;

b) manifestações espontâneas de simpatia e empatia ("sei como você se sente") por parte de algum membro do grupo, fato que sinaliza a possibilidade de vir a existir coesão entre os membros do grupo;

c) acompanhamento do desenrolar dos acontecimentos cotidianos de cada um, motivado pela curiosidade natural do ser humano, o que auxilia o desenvolvimento das sessões seguintes;

d) utilização de uma técnica simples de dinâmica de grupo preconizada por Fritzen³, aplicada nas primeiras sessões, na qual os participantes devem escrever em um papel o presente que dariam aos outros membros do grupo para ajudá-los em suas dificuldades. Posteriormente, exploramos, entre os membros do grupo, os atos de dar e receber, as justificativas para a escolha dos presentes e os sentimentos imediatos que ocorreram durante o exercício. Este procedimento parece ser um incentivador positivo para a coesão grupal;

e) maior liberdade de expressão e satisfação manifestadas pelos pacientes ao se encontrarem, apesar das diferenças de sexo, idade, local de moradia, profissão, queixa etc. É essa diversidade que propicia a oportunidade de o grupo vir a encontrar alternativas diferenciadas para os impasses trazidos pelos participantes, como, por exemplo, seus problemas, o que possibilita a vivência de E.E.C.

f) o progresso de cada paciente sendo incentivado e celebrado pelos demais membros dos grupos;

g) a identificação do foco a ser trabalhado pelos grupos, resultante das diferentes queixas apresentadas pelos seus membros e dos temas e questões trazidos para os grupos são res-

saltados pelo terapeuta como um denominador comum. Aquilo que parece difuso em relação a si próprio parece claro quando aplicado a outro membro do grupo, facilitando a intervenção dos terapeutas.

O foco, nestes grupos, configurou-se como uma *resultante subjetiva* que faz sentido para todos os membros. Apesar de tratar-se de problemas individuais, estes são delineados como uma problemática mais ampla e comum a todos os membros, ou seja, é a *interseção do que se revela como comum aos membros do grupo* que se transforma em base de trabalho para os terapeutas.

Nem sempre o paciente apreende o foco como central, já que este tangência a questão individual. Em relação ao trabalho de seleção dos pacientes a serem inseridos no grupo e para a intervenção terapêutica o foco funciona como uma reformulação da queixa inicial.

Sob um ponto de vista mais amplo, podemos ainda considerar o foco como *algo que se evidencia coletivamente* a partir do contato e intercâmbio grupal. O foco pode também ser explicitado como o "*ponto da conversa*" onde haja o maior número de identificações entre os membros do grupo.

Antes de concluirmos este capítulo, devemos fazer referência à possibilidade de alguns membros não encontrarem identificação com os demais participantes do grupo. Vários pacientes foram avaliados, a princípio, como uma boa indicação para um determinado grupo, tendo, porém, dado continuidade ao processo terapêutico em atendimentos individuais por não sustentarem a avaliação inicial. A decisão de se realizar as cinco entrevistas individuais de avaliação antes de introduzir o paciente no grupo tem justamente o objetivo de diminuir esse risco.

Atualmente, temos em atividade dois grupos de composição mista - um grupo com 10 participantes e outro com 12 participantes. Como forma de trabalho, buscamos entender cada componente do grupo de acordo com uma hipótese diagnóstica baseada no CID-10, uma hipótese psicodinâmica individual e o foco individual. Descrevemos, a seguir, os membros de um desses grupos.

1. L., fem., 40 anos
Hipótese Diagnóstica:
Transtorno de personalidade dependente (CID-10: F60.7).
Hipótese Psicodinâmica:
Sentimentos ambivalentes de amor e ódio.
Foco:
Trabalhar a individuação e aceitação da realidade de sua vida. Conhecer melhor a doença, uma vez que a paciente é casada com um soro positivo para HIV.
Fatores Terapêuticos:
Universalidade e oferecimento de informações.
2. N., fem., 63 anos
Hipótese Diagnóstica:
Transtorno neurótico não especificado (CID-10: F48.9).
Hipótese Psicodinâmica:
Dificuldade em lidar com as questões de saúde e limitações.
Foco:
Buscar desenvolver a capacidade de aceitação de seus limites.
Fatores Terapêuticos:
Coesão e universalidade.
3. I., fem., 37 anos
Hipótese Diagnóstica:
Transtorno de personalidade histriônica (CID-10: F60.4).
Hipótese Psicodinâmica:
Medo de destruir e ser destruída.
Foco:
Compreender-se, saber expressar seus sentimentos.
Fatores Terapêuticos:
Aprendizagem interpessoal e catarse.
4. G., fem., 47 anos
Hipótese Diagnóstica:
Transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) (CID-10: F60.6).
Hipótese Psicodinâmica:
Medo de expor seus sentimentos.
Foco:
Aprender a enfrentar seus temores.

Fatores Terapêuticos:

Comportamento imitativo.

5. L., fem., 47 anos

Hipótese Diagnóstica:

Transtorno de personalidade anancástica (CID-10: F60.5).

Hipótese Psicodinâmica:

Medo de perder o controle.

Foco:

Trabalhar sua independência e a dificuldade de aceitação de que os filhos têm seu caminho a seguir.

Fatores Terapêuticos:

O mais influente foi a catarse.

6. E., fem., 48 anos

Hipótese Diagnóstica:

Hiperfagia associada a outras perturbações psicológicas (CID-10: F50.4).

Hipótese Psicodinâmica:

Sentimento de hostilidade com relação à figura materna.

Foco:

Trabalhar a auto-estima.

Fatores Terapêuticos:

Técnica de socialização, coesão grupal, altruísmo e principalmente a recapitulação corretiva do grupo familiar primário.

7. S., masc., 52 anos

Hipótese Diagnóstica:

Reação ao stress grave não especificado (CID-10: F43.9).

Hipótese Psicodinâmica:

Perda e abandono.

Foco:

Trabalhar o desenvolvimento da capacidade de aceitação de sua realidade de perda de um filho.

Fatores Terapêuticos:

Aprendizagem interpessoal e catarse.

8. M., fem., 38 anos

Hipótese Diagnóstica:

Transtorno de pânico (CID-10: F41.0) e Transtorno de personalidade histriônica (CID-10: F60.4).

Hipótese Psicodinâmica:

Medo de rejeição.

Foco:

Busca da auto-afirmação.

Fatores Terapêuticos:

Catarse possibilitada pela coesão grupal e a instilação de esperança, proporcionando um *holding* honesto e positivo.

9. N., fem., 65 anos

Hipótese Diagnóstica:

Distímia (CID-10: F34.1).

Hipótese Psicodinâmica:

Medo de ser rejeitada.

Foco:

Desenvolver a auto-estima.

Fatores Terapêuticos:

Catarse, aprendizagem interpessoal, altruísmo.

10. K., fem., 35 anos

Hipótese Diagnóstica:

Transtornos dissociativos (ou conversivos) (CID-10: F44).

Hipótese Psicodinâmica:

Raiva frente às impossibilidades e limitações físicas.

Foco:

Desenvolver capacidades para superar suas limitações.

Fatores Terapêuticos:

Altruísmo, coesão grupal e catarse são os mais importantes.

Conclusão

O atendimento psicoterapêutico em nível de ambulatório público tem sido um desafio para os profissionais da área de Saúde Mental, que ainda não conseguiram encontrar formas de trabalho que atendessem eficazmente à diversidade tanto no que concerne à demanda quanto no que diz respeito às características da população que procura o Serviço Público.

Através deste trabalho procuramos colaborar com a luta pela busca de alternativas viáveis de atendimento psicoterapêutico, já que acreditamos que a pluralidade de abordagens poderá melhor atender às diferentes necessidades do público alvo e das instituições que o atendem.

Referências Bibliográficas

1. ALEXANDER, F. & FRENCH, F.: *Terapéutica Psicoanalítica - Principios y Aplicación*, Buenos Aires, Paidós, 1985, 2ª ed.
2. COSTA, J.F.: *Psicanálise e Contexto Sócio-Cultural*; RJ, Campus, 1989.
3. FRITZEN, S. J.: *Exercícios Práticos em Dinâmica de Grupo*, Petrópolis, Vozes, 1990, vols. 1 a 4.
4. KAPLAN, H. & SADOCK, B.: *Compêndio de Psiquiatria*; Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
5. KNOBEL, M.: *Psicoterapia Breve*; S. Paulo, EPU, 1986.
6. LEMGRUBER, V.: *Psicoterapia Breve - A Técnica Focal*; Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
7. MASCARENHAS, E.: *Alcoolismo, Drogas e Grupos de Mútua Ajuda*; RJ, Siciliano, 1990.
8. SIFNEOS, P.: *Psicoterapia Dinâmica Breve*; Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
9. STEVENS, J.O.: *Tornar-se Presente*; S. Paulo, Summus, 1977.
10. YALON, I.D. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, N.Y., Basic Books, 3ª edição, 1985.
11. ZIMMERMAN, D. *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*, S.P., 1971.

Terapêutica Integrada da Ansiedade*

Introdução

O progresso maior da psiquiatria nas últimas décadas deveu-se, em grande parte, aos resultados da “revolução bioquímica” iniciada na década de 50 com a introdução do uso de clorpromazina, por Delay e Denicker, e da “revolução científica”, da década de 80, quando surgiu uma nova compreensão neurofisiopatológica dos sintomas ansiosos, como evolução dos trabalhos pioneiros realizados por Klein, na década de 60.

Tais fatos geraram os novos critérios diagnósticos extremamente objetivos encontrados nas atuais classificações de doenças mentais do DSM-IV e na CID-10.

Essas duas “revoluções” fizeram com que a tradicional oposição entre a psiquiatria dita biológica e a psicanálise tendesse a desaparecer, trazendo como consequência natural uma dinamização dos modelos de tratamento dos problemas mentais.

Embora no Brasil ainda exista uma certa relutância em se abandonar o modelo psicanalítico puro nas abordagens psicoterapêuticas, vê-se já o surgimento do interesse na integração dos modelos psicofarmacológico e psicodinâmico. Cordioli, em 1989⁵, apontava para a evidência de que os avanços científicos na área da psicobiologia e psicofarmacologia afetaram profundamente a prática psiquiátrica. Alteraram a prática da psicoterapia, à medida que o enfoque terapêutico de muitas condições, como, por exemplo, os transtornos de ansiedade e os afetivos, deixou de ser predominantemente psicoterápico para ser mais farmacológico.

*Baseado no artigo publicado nos Arq. Bras. de Medicina, jan./fev., 1991, vol. 65, nº 1.

O conceito de ansiedade

A existência de duas palavras quase sinônimas, como ansiedade e angústia, levou a muita confusão terminológica. Embora hoje em dia se use uma e outra de forma intercambiável, originalmente considerava-se que houvesse um mecanismo fisiopatológico diferente para cada uma, já que a angústia consistiria em uma sensação física desagradável de opressão e a ansiedade representaria basicamente um sintoma puramente psicológico⁶.

Na psicanálise, a ansiedade, antes considerada como "sinal de alerta", passa a ocupar progressivamente posição central na teoria onde os sintomas são considerados como resultantes do mecanismo de defesa contra a ansiedade e esta estaria sempre presente, ainda que de forma inconsciente e não observável clinicamente. Na visão psicanalítica, os diferentes quadros psicopatológicos (neurose histérica, fóbica, obsessiva-compulsiva) seriam decorrentes dos diferentes tipos de mecanismos de defesa utilizados. Na classificação de doenças mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA), entretanto, o grupo anteriormente unitário dos distúrbios neuróticos passou a ser desmembrado basicamente em três categorias: 1) Distúrbios de Ansiedade, 2) Distúrbios Somatoformes, 3) Distúrbios Dissociativos².

Os estudos sistemáticos da fenomenologia da ansiedade, realizados por Klein¹³ em 1962, chegaram ao isolamento nosológico dos distúrbios de pânico em relação aos outros distúrbios de ansiedade, através do princípio de "dissecção farmacológica", baseado em pesquisas onde os resultados haviam indicado uma boa resposta dos ataques de pânico ao uso de imipramina e não aos benzodiazepínicos e uma resposta inversa nos quadros de ansiedade generalizada⁸. O desenvolvimento dessa linha de pensamento caracterizou na DSM-III a distinção entre dois grupos de manifestações ansiosas qualitativamente diferentes:

- distúrbios de pânico (DP);
- distúrbios de ansiedade generalizada (DAG).

A DSM-III-R aperfeiçoou esses conceitos e serviu de base para a classificação da CID-10, onde os distúrbios estão orga-

nizados em grupos, de acordo com temas comuns ou semelhanças descritivas. Nesta classificação foi mantido o termo neurose, porém não mais com a antiga conotação psicanalítica unitária e sim como termo inespecífico, aparecendo, por exemplo, no título de um grande grupo de distúrbios, F4: Distúrbios neuróticos, somatoformes e relacionados ao estresse.

Adiantamos, no Quadro 6-1, a subdivisão deste grupo¹¹.

Quadro 6-1

CID-10: F4. Distúrbios neuróticos, somatoformes e relacionados ao estresse

F40. Distúrbios fóbicos

F40.0	
00	Agorafobia sem distúrbio do pânico
01	Agorafobia com distúrbio do pânico
F40.1	Fobia social
F40.2	Fobias específicas (isoladas)
F40.8	Outros
F40.9	Não especificados

F41. Outros distúrbios de ansiedade

F41.0	Distúrbios do pânico (ansiedade paroxística episódica)
F41.1	Distúrbios de ansiedade generalizada
F41.2	Distúrbio misto depressivo-ansioso
F41.3	Outras desordens de ansiedade mistas
F41.8	Outros
F41.9	Não especificados

F42. Distúrbio obsessivo-compulsivo

F42.0	Predominantemente pensamentos obsessivos ou ruminações
F42.1	Predominantemente atos compulsivos (rituais obsessivos)
F42.2	Pensamentos e atos obsessivos
F42.8	Outros
F42.9	Não especificados

F43. Reação a estresse grave e distúrbios de ajustamento

- F43.0 Reação aguda ao estresse
 - F43.1 Distúrbio de estresse pós-traumático
 - F43.2 Distúrbio de ajustamento
 - 20 Reação depressiva breve
 - 21 Reação depressiva prolongada
 - 22 Reação mista de ansiedade e depressão
 - 23 Com predominância de distúrbio de outras emoções
 - 24 Com predominância de distúrbio de conduta
 - 25 Com distúrbio misto de conduta e emoções
 - 28 Outros especificados
 - F43.8 Outros
 - F43.9 Não especificados
-

F44. Distúrbio dissociativo (conversivo)

- F44.0 Amnésia dissociativa
 - F44.1 Fuga dissociativa
 - F44.2 Estupor dissociativo
 - F44.3 Distúrbio de transe e possessão
 - F44.4 Distúrbio de movimentos dissociativos
 - F44.5 Convulsões dissociativas
 - F44.6 Anestesia dissociativa e perda sensorial
 - F44.7 Distúrbio misto conversivo e dissociativo
 - F44.8 Outros
 - F44.9 Não especificados
-

F45. Distúrbios somatoformes

- F45.0 Distúrbio de somatização
- F45.1 Distúrbio somatoforme indiferenciado
- F45.2 Distúrbio hipocondríaco
- F45.3 Disfunção autonômica somatoforme
 - 30 Sistema cardiovascular e coração
 - 31 Estômago e esôfago
 - 32 Trato gastrointestinal baixo
 - 33 Sistema respiratório
 - 34 Sistema urogenital
- F45.4 Distúrbio de dor crônica
- F45.8 Outros
- F45.9 Não especificados

F48. Outros distúrbios neuróticos

F48.0	Neurastenia (síndrome de fadiga crônica)
F48.1	Síndrome de despersonalização-desrealização
F48.8	Outros
F48.9	Não especificados

Distúrbio de Ansiedade Generalizada (DAG)

Na CID-10, o distúrbio de ansiedade generalizada é descrito como tendo a característica de ser crônico e flutuante, isto é, de não ser restrito a qualquer circunstância ambiental e de resultar em sintomas variáveis, onde são comuns as queixas de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, cabeça oca, palpitações, tonteiras e desconforto epigástrico. É tido como sendo mais freqüente nas mulheres.

Sabemos que a ansiedade é uma emoção que pode surgir normalmente em diversas situações, sendo que em muitas ocasiões é até mesmo necessária para a adaptação do ser humano a determinadas circunstâncias de vida. É preciso, então, que se estabeleça o ponto em que a ansiedade seria considerada patológica e não mais adaptativa. No DSM-III-R⁷ aparece o critério da exigência da presença de pelo menos seis dentre uma lista de dezoito sintomas que costumam surgir quando um indivíduo encontra-se em estado de ansiedade:

Quadro 6-2. Com os 18 sintomas do Estado de ansiedade, de acordo com o DSM-III-R.

Tensão motora

1. Tremores, contrações ou abalos musculares
 2. Tensão muscular
 3. Inquietação
 4. Fatigabilidade
-

Hiperatividade autonômica

5. Sensação de falta de ar ou de asfixia
6. Palpitações ou taquicardia
7. Mãos frias, úmidas ou suadas
8. Boca seca
9. Tonteira
10. Náusea, diarreia ou outro desconforto abdominal
11. Acesso de calor ou de frio
12. Desejo freqüente de urinar
13. Dificuldade de engolir

Vigilância

14. Sensação de estar pressionado
 15. Resposta exagerada a surpresas ou sustos
 16. Dificuldade de concentração
 17. Dificuldade de adormecer ou de permanecer dormindo
 18. Irritabilidade
-

Para Akiskal, estabelecer um nível de corte entre a ansiedade normal e a patológica seria mais apropriado para a “*ansiedade-estado*” do que para a “*ansiedade-traço*”. Para ele, a “*ansiedade-traço*” é um conceito às vezes referido como “*nervosismo*” e não teria equivalente nosológico hoje em dia, a não ser que o conceito de Distúrbio de Ansiedade Generalizada (DAG) exigisse um período de tempo de pelo menos dois anos. Propõe, então, uma condição permanente ao longo da vida do indivíduo, que deveria ser classificado como portador de “*personalidade ansiosa*”, codificado no Eixo II do DSM-III-R e não mais no Eixo I como o DAG¹.

Segundo Versiani, “no estado ansioso, os sintomas têm início em um ponto determinado no tempo, duram por um certo período e são vividos pelo paciente como algo alheio ao eu, como uma situação anormal. Em contraste, o traço ansioso é uma característica de personalidade do indivíduo para a qual ele não consegue delimitar um início, um meio ou um fim. Ele é ansioso e tem sido ansioso através da vida”¹⁸. Desta forma, vemos que o DAG-traço seria uma maneira de ser do indivíduo, já que não há possibilidade de estabelecer-se o seu início ou

término, caracterizando-se, portanto, mais como o que a CID-10 classifica de F60, que abrange os padrões de comportamento e de personalidade profundamente arraigados e permanentes.

Personalidade Tipo A

Em 1976, os cardiologistas Friedman e Roseman⁹, estudando os fatores que contribuíam para o desenvolvimento da cardiopatia coronariana, levantaram um complexo particular de personalidade com determinada atitude e estilo de vida que classificaram como "*padrão de comportamento tipo A*".

Na época em que apresentaram os resultados de seus estudos, os autores afirmavam que "na ausência do padrão de comportamento tipo A, a cardiopatia coronariana quase nunca ocorre antes dos setenta anos, não importando o tipo de alimentos gordurosos ingeridos, a quantidade de cigarros fumados ou se houve falta de exercício. Mas, quando este padrão de comportamento está presente, a cardiopatia coronariana facilmente se manifesta na década dos 30 ou 40 anos".

Atualmente¹², adota-se uma postura mais crítica frente às possíveis causas que levariam ao desenvolvimento da doença coronariana. Sabe-se que a coronariopatia é multifatorialmente determinada e que fatores psicológicos e sociais interagem, de maneira complexa e ainda desconhecida, com fatores biológicos, bioquímicos e genéticos.

Embora esses conceitos não mais sejam aplicáveis ao estudo das doenças coronarianas, permanece válido o enfoque psicológico do assunto.

O indivíduo que apresenta um "*padrão de comportamento tipo A*" mostra determinadas características, tais como: sensação subjetiva de urgência de tempo, impaciência, inquietação, ambição, aspiração ao sucesso, dedicação ao trabalho, competitividade, aspereza na fala e nos gestos, tendência à hostilidade e agressividade. Esse conjunto de características é apresentado por pessoas que se esforçam constantemente para sobrepujar-se, e aos demais, e representam um traço de personalidade que se expressa em seu comportamento habi-

tual. Esse traço de personalidade corresponde ao conceito de "ansiedade-traço" ou "nervosismo", proposto do Akiskal, que deveria ser classificada no Eixo II do DSM-III-R como "personalidade ansiosa" ou como F60.8 (outros transtornos de personalidade) na CID-10.

Psicoterapia focal e ansiedade

Os tratamentos psicanalíticos de longa duração vêm sendo questionados como não sendo o único meio de se atingir bons resultados terapêuticos. As técnicas breves são a contribuição mais recente e relevante no universo das abordagens psicoterápicas¹⁶.

Entretanto, a indicação de um determinado tipo de tratamento deve estar baseado no estudo de cada caso em particular. Por não poder ser indicada indiscriminadamente, é necessário fazer uma avaliação da estrutura da personalidade do paciente antes da escolha do tratamento adequado. De acordo com os critérios de Sifneos, as técnicas psicoterapêuticas "*supressoras de ansiedade*" seriam indicadas para paciente com doenças graves ou sérias perturbações emocionais, composição de personalidade frágil, padrões de relações interpessoais muito confusos, poucos recursos sociais aos quais recorrer e pouca capacidade para lidar com a realidade. As técnicas "*provocadoras de ansiedade*" seriam indicadas para pacientes altamente motivados a entender a si próprios e a mudar¹⁷.

Sifneos desenvolveu uma técnica de psicoterapia breve provocadora de ansiedade, aplicável a pacientes que preenchessem os seguintes critérios de seleção:

1. queixa principal circunscrita;
2. motivação para mudança;
3. capacidade de expressar sentimentos;
4. capacidade de interagir flexivelmente com o terapeuta;
5. ter tido pelo menos um relacionamento emocionalmente significativo na infância.

Temos aplicado a técnica focal em psicoterapia breve baseada no princípio da flexibilidade e da E.E.C., de Alexander, buscando a dinamização do processo terapêutico, a fim de

atingir a mudança e reestruturação internas do paciente mais rapidamente^{14, 15}.

Consideramos que a psicoterapia breve, sendo uma técnica flexível, pode ser utilizada em combinação com o tratamento medicamentoso, com vistas a uma aceleração do processo de cura. Esta combinação das duas abordagens gera uma potencialização mútua dos efeitos positivos de ambas, observando-se uma melhor resposta técnica associada, do que a cada uma isoladamente. Não concordamos com a visão psicanalítica radical, que enfatiza a necessidade de se deixar o paciente com o nível de ansiedade intacto, caso contrário poderia haver uma diminuição do estímulo interno para o indivíduo buscar a elaboração de suas dificuldades dentro do próprio processo psicoterapêutico.

De acordo com essa linha de pensamento, introduzimos, no tratamento de psicoterapia focal de cinco pacientes enquadrados no item F41.1 da CID-10 (DAG), o cloridrato de buspirona.

A abordagem farmacoterapêutica da ansiedade generalizada

Os benzodiazepínicos, introduzidos na década de 60 como ansiolíticos, têm seu uso indicado especialmente nos casos de manifestação de ansiedade anormal e bem delimitada no tempo, evidenciando uma sintomatologia que compreende aspectos objetivos e/ou subjetivos. Seriam apenas capazes de fazer a lise da ansiedade não sendo "antineuróticos" e, por isso, seriam indicados para os "estados de ansiedade", pouco atuando nos "traços de ansiedade"¹⁸.

Uma nova droga com atividade ansiolítica, desenvolvida por Wu e colaboradores desde 1972²⁰, o cloridrato de buspirona, vem sendo testada clinicamente desde 1982 e representa uma alternativa importante no tratamento da ansiedade. É apontado o fato de esse agente ânsio-seletivo atuar principalmente nos mecanismos serotoninérgicos, além de dopaminérgicos, e pode representar um avanço terapêutico em relação aos benzodiazepínicos⁴.

A buspirona difere química e farmacologicamente dos benzodiazepínicos. Inúmeros estudos duplo-cegos têm demonstra-

do que a bupiriona age sobre a ansiedade com eficácia comparável às dos benzodiazepínicos sem entretanto apresentar efeitos sedativos, hipnóticos ou de comprometimento psicomotor, além de não potencializar os efeitos depressores do álcool no sistema nervoso central e não apresentar potencial de abuso e dependência³.

Os benzodiazepínicos podem determinar dependência psicológica e mesmo fisiológica, principalmente em pessoas suscetíveis, quando utilizados em altas doses e por períodos prolongados¹⁰. Como, além disso, os benzodiazepínicos pouco atuam nos "traços ansiosos", a bupiriona surge como uma alternativa promissora nos tratamentos a longo prazo. Nestes casos de "ansiedade-traço", onde há necessidade de uso continuado da medicação, ao mesmo tempo em que é desejável que o paciente mantenha suas atividades diárias, sem ficar sedado ou com algum comprometimento motor, a bupiriona representa o tratamento de escolha¹⁰.

Os cinco pacientes incluídos na amostragem (quatro mulheres e um homem, com idade média de 34 anos, todos classificados como portadores de distúrbios de ansiedade generalizada (DAG), apresentando ansiedade "tipo traço" com comportamento "Tipo A"), estando em processo de psicoterapia focal, passaram a fazer uso de 10mg de cloridrato de bupiriona pela manhã e à noite, como única medicação psicofarmacológica, em torno de quatro a seis meses.

Observou-se nesses pacientes, a partir da segunda semana de uso da medicação, uma atenuação das características de comportamento "Tipo A", tais como o sentimento de urgência de tempo, competitividade excessiva e tendência à hostilidade. A diminuição da sensação desagradável que acompanha esse padrão de comportamento liberou energia psíquica dos referidos pacientes, permitindo-lhes maior aprofundamento em seus conflitos internos no processo psicoterapêutico, levando a uma maior elaboração psicológica, o que acelerou o processo de alta. Por outro lado, não foram observados para efeitos colaterais dignos de registro durante o tratamento.

Concluimos que a associação de psicoterapia e farmacoterapia no tratamento da ansiedade generalizada, representados

no estudo em questão pela técnica de psicoterapia focal e pelo uso do cloridrato de buspirona, pode despontar como a opção mais completa e eficaz dentre as diversas abordagens terapêuticas disponíveis.

Referências Bibliográficas

1. AKISKAL, H.S. *Ansiedade: Definição, relação com depressão e proposta para um modelo integrador*. J. bras. Psiqu., 35 (6): 375-381, 1986.
2. AMARAL, M. *As neuroses e os distúrbios da personalidade na DSM-III-R*. J. bras. Psiqu., 33 (2): 120-123, 1984.
3. BASTOS, O. *Estudo não comparativo da avaliação de eficácia e tolerância do cloridrato de buspirona em pacientes com sintomas de ansiedade na clínica psiquiátrica*. J. bras. Psiqu., 36 (6): 353-356, 1987.
4. BUENO, J.R.; LAKS, J. *Atividade ansiolítica da buspirona. Estudo comparativo com placebo e diazepam*. J. bras. Psiqu., 37 (2): 97-99, 1988.
5. CORDIOLI, A.V. *As psicoterapias na prática psiquiátrica*. Rev. Psiqu. RS., 11 (1): 8-13, 1989.
6. COSTA E SILVA, J.A. *Um roteiro para a angústia e a ansiedade*. PUC, Ciências, 3: 15-19, 1989.
7. DSM-III-R. *Diagnostic Criteria*. APA. Washington, D.C., 1987.
8. FIGUEIRA, I.L. *Os benzodiazepínicos podem bloquear os ataques de pânico?* J. bras. Psiqu., 38 (1): 11-17, 1989.
9. FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. *O Tipo A, seu Comportamento e seu Coração*. Ed. Nova Fronteira, RJ, 1976.
10. GRAEFF, F.G. *Ansiolíticos seletivos*. Revista ABP-APAL, 9 (3): 113-117, 1987.
11. ICD-10 1989. *Draft of Chapter V. Mental and Behavioral Disorders*. WHO, Genebra, 1989. (CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993).
12. KAPLAN & SADOCK. *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*, 2ª ed., Artes Médicas, 1990.
13. KLEIN, D.F.; FINK, M. *Psychiatric reaction patterns to imipramine*. Am. J. Psychiatry, 119: 432-438, 1962.
14. LEMGRUBER, V. *Psicoterapia Breve. A Técnica Focal*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.
15. LEMGRUBER, V. *Teoria e técnica da psicoterapia breve*. J. bras. Psiqu., 34 (3): 173-175, 1985.
16. LEMGRUBER, V. *Psicoterapia breve: avaliação de sua eficácia*. J. bras. Psiqu., 38 (5): 265-268, 1989.
17. SIFNEOS, P. *Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.
18. VERSIANI, M. *Ansiolíticos benzodiazepínicos*. J. bras. Psiqu., 35 (1): 20-24, 1986.
19. VERSIANI, M.; NARDI, A.E.; MUNDI, F.D. *Fobia social*. J. bras. Psiqu., 38 (5): 251-263, 1989.

20. WU, H.H.; RAYBURN, J.W.; ALLEN, L.E. e cols. *Psychosedative agents = i115 (4-substituted, 1-piperazinylalkyl, 8-azaspiro (4,5) decane-7, 9-diones*. J. Med. Chem., 15: 477-479, 1972.

Da Neurose de Ansiedade ao Distúrbio de Ansiedade Generalizada*

Introdução

Reformulações da nosologia psiquiátrica devem acompanhar naturalmente a evolução da psicofarmacologia. Busca-se nas classificações atuais avaliações mais objetivas e maior confiabilidade diagnóstica. Assim, a proposta do DSM-III-R e do DSM-IV (manual diagnóstico da Associação Psiquiátrica Norte-Americana - APA) é a de oferecer descrições claras de categorias diagnósticas que permitam a clínicos e pesquisadores definir o mais especificamente possível os vários distúrbios mentais e facilitar a comunicação entre profissionais. Também a CID-10 (nova classificação internacional das doenças proposta pela OMS) trabalha com conceituações clínicas que refletem o consenso de especialistas consultados em diferentes partes do mundo. Ambas as classificações evitam a inferência de mecanismos psicodinâmicos ou de qualquer outra interpretação etiológica, baseando-se somente na descrição do conjunto de sintomas específicos.

Por outro lado, a rapidez com que são criadas classificações e o grande volume de informações a serem assimiladas acabam por gerar dificuldades operacionais. A sucessiva elaboração do DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), CID-10 (1989) e DSM-IV (1994) dificultou a veiculação e absorção das mesmas em países onde não se tem acesso fácil às últimas informações científicas mundiais.

No Brasil, por exemplo, onde encontramos forte influência da psicanálise na formação psiquiátrica e psicológica, é ainda freqüente o emprego da nosologia psicanalítica clássica, im-

*Baseado no artigo publicado no J. bras. Psiq., 42(2) março, 1993.

pregnada de conceitos etiológicos específicos, apesar da tendência mundial de buscar classificações sem implicações teóricas.

Conceito psicanalítico da neurose

Com a evolução das classificações psiquiátricas, o diagnóstico de neurose “saiu de moda”, por assim dizer. Não existe mais uma classe diagnóstica geral para as neuroses e não é mais mantida a conotação psicanalítica unitária do termo.

Tomando como referência o Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) que trata das Desordens Mentais, pode-se verificar a nova conceituação sobre o que era compreendido como neurose dentro da ótica psicanalítica de Freud.

O termo “neurose” foi empregado pela primeira vez para descrever as doenças mentais por um grande nosologista escocês do Século XVIII, William Cullen, no tratado de medicina publicado em 1777 – *First Lines of the Practice of Physics*, cuja 2ª parte intitulava-se *Neurosis or Nervous Diseases*¹⁴.

Para Freud, neurose seria uma afecção psicogênica, onde os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico com raízes na história infantil do indivíduo, constituindo um compromisso entre o desejo e a defesa. Abarcaria as Psiconeuroses de Defesa e as Neuroses Atuais^{7,17}.

As Psiconeuroses de Defesa eram subdivididas em Neuroses de Transferência (histeria, fobia e obsessão) e Neuroses Narcísicas (conjunto das psicoses funcionais). Essa separação baseava-se na direção tomada pela libido: nas Neuroses Transferenciais, a libido se deslocava para objetos reais ou imaginários; nas Neuroses Narcísicas, a libido se retraía para o ego, tornando-as inacessíveis ao tratamento psicanalítico.

As Neuroses Atuais (hipocondria, neurastenia e neurose de angústia) distinguiam-se das Psiconeuroses porque, ao contrário destas, não seriam a expressão simbólica de conflitos infantis, mas eram consideradas fruto da inadequação sexual da vida adulta^{6,8,17}.

Quadro 7-1

1915	Neuroses atuais	Psiconeuroses de defesa		
		N. de transferência		N. narcísicas
1924	Neuroses atuais	Neuroses	Neuroses narcísicas	Psicoses
Classificação contemporânea	Afecções psicossomáticas	Neuroses	Psicoses	
			Maníaco-depressiva	Paranóia Esquizofrenia

Resumo esquemático da evolução do conceito de neurose na nosografia psicanalítica, de acordo com o vocabulário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis.

Freud demarcou também as Neuroses de Caráter e as Neuroses Traumáticas. A Neurose de Caráter correspondia a uma organização patológica do conjunto da personalidade, onde o conflito defensivo não se traduziria pela formação de sintomas nitidamente isoláveis, mas por traços de caráter e modos de comportamento^{10,17}. Nas Neuroses Traumáticas, o aparecimento dos sintomas seria consecutivo a um choque emocional, geralmente ligado a uma situação em que o indivíduo sentiu sua vida ameaçada e se manifestaria no momento do choque por uma crise ansiosa-paroxística que podia provocar estado de agitação, de entorpecimento ou de confusão mental^{9,11,17}.

Conceituação atual sobre neurose

O conceito de neurose era muito amplo, não se limitava a uma síndrome específica e incluía quadros com evolução e história familiar diferentes. Desta forma, "neurose" tornou-se um diagnóstico impreciso e vago. Além disso tinha uma vinculação bastante grande com a teoria psicanalítica tanto em relação a fatores etiológicos quanto ao tratamento. E, também, o termo adquiriu conotação vulgarizada e impregnada de preconceitos.

Muitos psicanalistas encaram a ansiedade como a fonte dinâmica comum das neuroses. Para eles a forma da neurose se-

ria determinada pelo tipo de mecanismo defensivo que o paciente usa para controlar a ansiedade¹⁶.

Com o advento do DSM-III (1980), o grupo anteriormente unitário dos distúrbios neuróticos passou a ser desmembrado em 3 categorias básicas:

- Distúrbios de Ansiedade
- Distúrbios Somatoformes
- Distúrbios Dissociativos

O grupo de Distúrbios de Ansiedade inclui os distúrbios de pânico, fobias, distúrbio obsessivo-compulsivo, distúrbio de ansiedade generalizada e distúrbio de estresse pós-traumático².

Essa mudança de designação foi consequência de pesquisas biológicas importantes associadas aos trabalhos de Klein, que realizou verdadeira "dissecção farmacológica" da ansiedade, chegando ao isolamento nosológico dos distúrbios do pânico em relação aos outros distúrbios de ansiedade¹⁵.

Até mesmo a tradicional divisão entre neurose e psicose já não está mais presente na CID-10. O termo "neurótico" ainda encontra uso ocasional, aparecendo somente na denominação geral do grupo F4 (desordens neuróticas relacionadas ao estresse e de somatização). Entretanto, os conceitos básicos das diversas neuroses descritas por Freud ainda podem ser encontrados inclusos em categorias diagnósticas evidenciada na nosografia psiquiátrica atual.

Comparando-se a nosografia psicanalítica clássica com a CID-10 encontramos a seguinte equivalência evidenciada no Quadro 7-2.

Conceito de ansiedade

Na perspectiva psicodinâmica, a ansiedade representa um sinal de perigo e não é necessariamente patológica. Serve para alertar o indivíduo para uma situação que não pode ser prontamente dominada ou evitada e que ameaça a integridade do ego. Psicodinamicamente a ansiedade pode ser de¹⁸:

- perda de controle (ansiedade de id);
- perda de relacionamento (ansiedade de separação);
- perda de competência (ansiedade de castração);
- perda de auto-estima (ansiedade de super-ego).

Quadro 7-2

<i>Classificação de Freud</i>		<i>CID-10</i>
<i>Psiconeuroses de Defesa</i>		
Neuroses de transferência	Histeria	F44. Distúrbios dissociativos (Conversivos)
		F60.4. Distúrbios de personalidade histriônica
	Fobia	F40. Distúrbios fóbicos
	Obsessão	F42. Distúrbios obsessivos compulsivos
Neuroses narcísicas	Psicoses	F20. Esquizofrenia
	Funcionais	F30; 31; 33. Distúrbios de humor
<i>Neuroses Atuais</i>		
Neuroses de angústia		F41.0 Distúrbio de pânico
		F41.1 Distúrbio de ansiedade generalizada
Neurastenia		F48.0 Neurastenia (Fadiga crônica)
Hipocondria		F45. Distúrbios matóiformes
<i>Neurose de Caráter</i>		F43.0 Distúrbios de personalidade
<i>Neurose Traumática</i>		F43.0 Reação aguda a estresse
		F43.1 Distúrbio de estresse pós-traumático
		F43.2 Distúrbio de ajustamento

Na teoria psicanalítica, a ansiedade passa a ocupar posição central. Os sintomas são considerados como resultantes do mecanismo de defesa contra a ansiedade, que estaria sempre presente, mesmo que de forma inconsciente e não observável clinicamente.

Entretanto, a mudança na conceituação dos distúrbios de ansiedade provocou o reposicionamento da perspectiva psicodinâmica quanto aos mesmos. Embora muitos clínicos não ne-

guem o significado inconsciente dos sintomas ansiosos para o paciente, já reconhecem a base biológica da ansiedade¹².

A ansiedade é um sentimento de apreensão difuso, provocado pela antecipação de um perigo que pode ser externo ou interno. Pode ser considerada uma emoção normal em diversas situações, sendo até mesmo necessária em muitas ocasiões para o indivíduo adaptar-se a determinadas circunstâncias. Como mecanismo adaptativo, aumenta a vigilância, a rapidez de aprendizagem e a *performance* física e intelectual. Ela só é patológica quando atinge intensidade muito alta, como nos casos de ansiedade episódica paroxística ou Distúrbio de Pânico, ou ainda quando seu foco não é apropriado¹⁸. Neste último sentido ela é uma sensação desagradável, freqüentemente vaga, difusa e não focalizada – “ansiedade flutuante” ou “generalizada”.

A sensação de ansiedade, principalmente quando intensa, é acompanhada freqüentemente de uma ou mais sensações físicas, tais como opressão no peito, palpitação, transpiração, dor de cabeça, dor de estômago, inquietação. Diferencia-se do medo por ser este uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não-conflitante, enquanto que a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflitante¹⁴.

Distúrbio de Ansiedade Generalizada (DAG)

O distúrbio de ansiedade generalizada é descrito no DSM-III-R², como uma perturbação crônica (duração de pelo menos 6 meses) caracterizada por ausência de causalidade orgânica, presença de ansiedade e preocupação irreal ou excessiva e sintomas de:

- a - tensão motora;
- b - hiperatividade autonômica;
- c - vigilância e concentração.

Corresponde ao antigo conceito de neurose de angústia, dentro da visão de Freud, que a definiu do ponto de vista sintomatológico como uma sensação de espera ansiosa crônica com acessos de angústia ou equivalentes somáticos desta⁶.

O DAG é uma desordem psiquiátrica que afeta aproximadamente de 3% a 5% da população. A manifestação inicial geralmente ocorre em pessoas de 20 a 35 anos, embora possa também ocorrer pela primeira vez em crianças ou idosos. Aflige mais o sexo feminino que o masculino, numa proporção aproximada de 6:4, e parece apresentar predisposição familiar³.

Apesar dos esforços do DSM-III-R e da CID-10 para melhor caracterizar os problemas psiquiátricos, o DAG permanece uma entidade clínica mal compreendida, tanto que alguns psiquiatras consideram a inexistência do DAG como entidade clínica isolada.

Ao contrário do distúrbio de pânico, por exemplo, no caso do DAG é limitada a possibilidade de ser feita uma descrição clínica detalhada e completa. Muitas vezes, nenhuma situação isolada estimula o paciente com DAG a procurar ajuda. Aparentemente, só com o passar do tempo é que estes pacientes reconhecem que suas experiências de tensão, hiperatividade, preocupação e ansiedade crônicas não são normais²⁰.

O DAG é uma condição patológica que se manifesta por um *continuum* onde alguns pacientes experimentam somente um episódio de ansiedade que dura dias ou semanas (ansiedade-estado), enquanto outros experimentam durante a vida inteira uma ansiedade que diminui ou aumenta, mas nunca desaparece ou se resolve (ansiedade-traço). Entre os dois extremos do *continuum* existem muitos pacientes com DAG cujos sintomas persistem, com graus de intensidade variada, por meses ou anos antes de finalmente desaparecerem¹⁹.

Ansiedade-estado x ansiedade-traço

A dificuldade de caracterizar a ansiedade em suas condições de "traço" ou "estado" é primariamente devida ao ônus de avaliar a personalidade (*traço*) a partir de um quadro psicopatológico determinado (*estado*)²².

De forma análoga ao declarado por recente ex-Ministro da Educação, que dizia "estar Ministro" e não "ser Ministro", estes dois verbos da nossa língua, ser e estar, podem diferenciar o

que corresponderia ao traço e ao estado psicopatológico. No traço ansioso, o indivíduo é ansioso e tem sido ansioso ao longo da vida. O traço ansioso é uma característica da personalidade do indivíduo para a qual não há como delimitar-se início, meio ou fim. "Indivíduos com características tipo traço trazem essa característica desde o berçário até ao cemitério²³." Por outro lado, no estado ansioso, o indivíduo apresenta sintomas a partir de um ponto determinado no tempo, esses sintomas duram certo período e são vividos pelo paciente como algo alheio ao eu, como uma situação anormal²¹.

Em relação à ansiedade-estado é mais fácil estabelecer-se um nível de corte entre a ansiedade normal e a patológica. O DSM-III-R, por exemplo, utiliza o critério de valorizar a presença de pelo menos 6 sintomas dentro de uma lista de 18, ligados à tensão motora, à hiperatividade autonômica e à vigilância, que foram citados no capítulo anterior.

Já na ansiedade-traço fica difícil essa distinção, pois a ansiedade permanece constantemente entranhada no modo de ser do indivíduo, que por isso torna-se inadequado. Dessa maneira, poderíamos considerar, conforme proposto por Akiskal, que a ansiedade-traço fosse codificada no Eixo II como distúrbio de personalidade, uma condição permanente ao longo da vida do indivíduo, e não mais no Eixo I como DAG¹.

Personalidade ansiosa x ansiedade-traço

Indivíduos que apresentam ansiedade-traço (isto é, que sofrem do que poderia ser considerado um distúrbio de personalidade ansiosa) são constantemente perturbados por uma sensação de ansiedade "flutuante" que parece impregnar todos os aspectos de sua vida. Frequentemente referem que nunca houve um momento em suas vidas, desde que podem lembrar-se, em que não estivessem ansiosos. São, por isso, caracteristicamente tensos e apreensivos, tendendo à preocupação excessiva e à sensibilidade à opinião dos outros. Geralmente são escrupulosos, cuidadosos e ambiciosos e sentem que têm que atingir elevados padrões de auto-exigência.

Correspondem ao "padrão de comportamento Tipo-A"⁴. A definição de "personalidade tipo A" implica que tais indivíduos

Quadro 7-3. Características do Comportamento “Tipo A”

- Sensação de urgência de tempo
 - Impaciência
 - Inquietação
 - Ambição
 - Aspiração ao sucesso
 - Dedicação ao trabalho
 - Competitividade
 - Aspreza na fala e nos gestos
 - Tendência à hostilidade e agressividade
-

seriam portadores de certas características de comportamento: conforme descrito no Quadro 7-3.

Geralmente, essas pessoas queixam-se de cansaço crônico e dificuldade de concentração. Se, entretanto, a ansiedade se tornar mais perturbadora, pode ser expressa por sintomas tais como insônia, irritabilidade, inquietação, indecisão paralisante, distúrbios psicossomáticos, ataque de choro e sentimentos de inadequação e inferioridade¹⁶.

Abordagem terapêutica da ansiedade-traço

A abordagem multimodal e integrada será sempre a mais efetiva para aliviar e atenuar as características da ansiedade-traço. Esta abordagem consiste na administração de uma droga ansiolítica apropriada, associada à psicoterapia.

A nossa proposta psicoterapêutica é a utilização da técnica focal da psicoterapia breve, que, por sua flexibilidade, permite não só a integração com a psicofarmacoterapia, mas também com o questionamento do comportamento inadequado do paciente em seu cotidiano.

Na abordagem farmacoterápica da ansiedade-traço, por ser esta condição crônica na vida do indivíduo, será necessário o uso, a longo prazo, de uma medicação ansiolítica com o menor número possível de efeitos colaterais indesejáveis. Neste caso, a medicação de escolha deverá ser o cloridrato de buspi-

rona, por não provocar sedação e dependência, ao contrário de outros ansiolíticos.

De acordo com Rickels¹⁹, historicamente o tratamento da ansiedade foi dominado pelo uso de agentes de ação central. O mais antigo que se tem conhecimento é o álcool e posteriormente o ópio e derivados.

Antes do uso dos benzodiazepínicos, os agentes farmacoterapêuticos eram não apenas pouco eficazes como também causadores de uma gama maior de efeitos adversos. O fato das benzodiazepinas serem mais eficazes que quaisquer de seus predecessores no alívio da ansiedade é incontestável. Sua eficácia é basicamente resultado de maior especificidade de ação. Também oferecem a vantagem de rápido início de ação e ampla margem de segurança. A maior preocupação em relação ao seu emprego está centrada na possibilidade de dependência, mesmo quando em doses terapêuticas, pela indicação de uso a longo prazo.

Quanto aos antidepressivos, pelo fato dessas drogas reduzirem alguns mas não todos os sintomas de ansiedade e por apresentarem efeitos colaterais importantes (cardiovasculares, autonômicos e anticolinérgicos), além de margem de segurança menor, seu uso ficaria restrito a um grupo determinado de pacientes.

O cloridrato de buspirona, cuja estrutura química e características farmacológicas são distintas dos outros agentes ansiolíticos, surge como opção de particular importância para o tratamento a longo prazo da ansiedade crônica, principalmente por sua aparente falta de potencial para abuso ou dependência e também por não provocar sedação.

Em um estudo com 700 pacientes com DAG³ que completaram tratamento de 12 meses com uso médio de 10 a 15 mg de cloridrato de buspirona diários, estes foram avaliados por si mesmos e pelo médico em relação à melhora do quadro ansioso, com 3 meses, 6 meses e mais de 6 meses de tratamento. O percentual de positividade das avaliações aumentou conforme o tratamento progrediu, indicando o benefício do uso continuado desta medicação para pacientes com DAG. (vide Quadro 7-4)

Quadro 7-4

	3 meses	6 meses	+ 6 meses
Avaliação do médico	49%	72%	77%
Avaliação do paciente	47%	70%	75%
% de melhora			

Conclusão

O psiquiatra moderno não deve encarar os modelos biológicos e psicodinâmicos sobre a ansiedade como mutuamente excludentes, mas como complementares.

A farmacoterapia de forma alguma é incompatível com o tratamento psicoterapêutico para pacientes com DAG. Pelo contrário, psicoterapia e farmacoterapia podem trabalhar sinergicamente nos casos de ansiedade e realmente têm melhor resultado quando empregadas de forma complementar.

Nos casos de ansiedade-traço, o uso de cloridrato de buspirona exigirá cuidadosa educação do paciente e uma forte aliança terapêutica, já que o início de ação desta medicação é de aproximadamente duas semanas. Além disso, é preciso levar em conta que o paciente com personalidade ansiosa pode já ter feito uso, mesmo que eventual, de benzodiazepinas, e, por isso, esperar o efeito sedativo comum no emprego de medicação ansiolítica convencional ou ainda a obtenção de resposta terapêutica imediata, sendo, portanto, extremamente necessário o relacionamento terapêutico complementando a abordagem farmacológica.

A integração com a abordagem psicoterapêutica é importante não somente por possibilitar ao paciente lidar com a frustração dessas suas expectativas a respeito do efeito da medicação, como principalmente por facilitar a vivência de E.E.C. ao paciente com uma diminuição de condições internas de tensão.

Referências Bibliográficas

1. AKISKAL, H.S. *Ansiedade: Definição, relação com depressão e proposta para um modelo integrador*. J. Bras. Psiq. 35 (6) 375-381. 1986.
2. DSM-III-R. *Diagnostic Criteria*. APA. Washington. DC. 1987.

3. FEIGHNER, J.P. *Buspirone in the long-treatment of generalized anxiety disorder*. J. Clin. Psychiatry 48:12 (Suppl.) 3-6. Dec. 1987.
4. FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R. *O tipo-A, seu comportamento e seu coração*. Ed. Nova Fronteira. RJ. 1976.
5. FREUD, S. *Las Neuropsicosis de defensa: Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias* (1894). Obras Completas. Tomo I. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1967.
6. FREUD, S. *La Neurastenia y la "Neurosis de Angustia": sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de "Neurosis de Angustia"* (1894). In op. cit., t. I.
7. FREUD, S. *La Herencia y la Etiología de las Neurosis* (1896). In op. cit., t. I.
8. FREUD, S. *La Sexualidad en la Etiología de las Neurosis* (1898). In op. cit., t. I.
9. FREUD, S. *Una teoría sexual (tres ensayos sobre teoria sexual)* (1905). In op. cit., t. I.
10. FREUD, S. *El Caracter y el Erotismo Anal* (1908) In op. cit., t. I.
11. FREUD, S. *Compendio del Psicoanálisis* (1938). In op. cit., t. I.
12. GABBARD, G. *Psychodynamic of panic disorder and social phobia*. Supplement to the Bulletin of the Menninger Clinic. Vol.56. n.2. Suppl. A. 3-13. Spring 1992.
13. ICD-10. *Draft of Chapter V. Mental and Behavioral Disorders*. WHO. Geneva. 1989. (CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993).
14. KAPLAN, H. & SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria*. 2ª ed. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1990.
15. KLEIN, D.F. & FINK, M. *Psychiatric reaction patterns to imipramine*. Am. J. Psychiatry, 119. 432-438. 1962.
16. KNOYES, A. & KOLB, L. *Modern Clinical Psychiatry*. Saunders Comp. USA. 1966.
17. LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. *Vocabulário de Psicanálise*. Livraria Martins Pontes. Brasil. 1970.
18. MENNINGER, W. *Integrated treatment of panic disorder*. Supplement to the Bulletin of the Menninger Clinic. Vol. 56, nº 2, Suppl. A, 61-70. Spring 1992.
19. RICKELS, K. *Antianxiety therapy: Potential value of long-term treatment*. J. Clin. Psychiatry. 48:12. (suppl.), 7-11, Dec.1987.
20. TALBOTT, J.; HALLS, R. & YUDOFKY, S. *Tratado de Psiquiatria*. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1992.
21. VERSIANI, M. *Ansiolíticos benzodiazepínicos*. J. bras. Psiq. 35(1): 20-24, 1986.
22. VERSIANI, M. *Programa de Ansiedade e Depressão - UFRJ. Série Psicofarmacologia - 2. Personalidade e transtornos do humor*. J. Bras. Psiq. 41 (2). 73-79. 1992.
23. VERSIANI, M. *Comunicação Pessoal*.

Terapêutica Integrada da Depressão*

Introdução

O risco de qualquer pessoa ter um episódio depressivo em algum período de sua vida é muito alto^{1,3,10}. Estudos epidemiológicos mostram taxas de prevalência de depressão em torno de 10% a 15%. Assim sendo, a depressão deve ser considerada como uma questão de saúde pública, tornando-se imperioso o desenvolvimento de abordagens eficazes para este problema que tem também como característica intrínseca provocar intenso sofrimento psíquico e ser associado ao aumento de risco de suicídio.

A depressão é uma vivência complexa que se externaliza em sensações e sentimentos de tristeza vital e profunda e internamente é acompanhada de alterações de aminas cerebrais. Deve, portanto, ser encarada através de uma abordagem integrada que possa dar conta desses dois aspectos.

Felizmente, a tendência de se dicotomizar o tratamento psiquiátrico em extremos opostos de psicoterapia e farmacoterapia está se atenuando, e crescem as tentativas de potencializar os aspectos positivos dos diferentes tratamentos em uma terapêutica integrada que atenda mais adequadamente às necessidades do paciente.

Para melhor caracterizar o estágio atual do tratamento da depressão, faremos breve resumo da evolução do mesmo neste século.

A psiquiatria no final do Século XX

No início da atual década de 90 observa-se a tendência de ponta de não mais se considerar a psicoterapia orientada psi-

*Baseado no artigo publicado no J. bras. Psiq., 41(9): out., 1992.

codinamicamente como a experiência clínica predominante no treinamento dos psiquiatras. Por outro lado, pesquisas realizadas no final dos anos 80¹¹ mostram que 70% do atendimento ambulatorial psiquiátrico ainda é dedicado à psicoterapia. Assim sendo, o psiquiatra do futuro deverá ser treinado numa *abordagem biopsicossocial* capaz de torná-lo apto a lidar com as rápidas e abrangentes transformações pelas quais tem passado esse ramo do saber, de modo a atender ao paciente de forma global.

A Associação Psiquiátrica do Estado de Washington/EUA patrocinou recentemente conferência denominada "A Psiquiatria nos anos 90: tempo de convergência", onde foi sublinhada a importância da *síntese "bio-psico-social"*. Concluiu-se então que, apesar de o termo estar sendo citado freqüentemente, ainda havia pouca concordância quanto ao significado preciso deste conceito emergente⁹. Foi também levantada a importância de se ter uma "filosofia da mente", já que a psiquiatria lida tanto com o comportamento como com a experiência e tanto com o cérebro como com a mente.

Apesar de o modelo biopsicossocial considerar simultaneamente as causas biológicas, psicológicas e sociais da doença mental, ainda não se encontra firmada uma base conceitual comum que permita compreender a interação e integração desses diferentes determinantes¹². Enquanto não se tem a formulação precisa dessa filosofia, busca-se lutar contra a tendência à dicotomia cérebro-mente, integrando os esforços da psicanálise para "entender" a doença mental e o esforço da neurociência para "explicá-la"⁹.

Exemplificando com a definição conceitual da depressão, os modelos constitucionais ou biológicos são vistos com freqüência como opostos aos conceitos reativos ou psicodinâmicos, porém não há contradição real entre esses dois marcos de referência.

A tentativa de integração cérebro-mente é traduzida na prática psiquiátrica atual pelo tratamento combinado farmacoterapia/psicoterapia, uma vez que dispomos hoje em dia de farto arsenal terapêutico diversificado para os distúrbios de-

pressivos tanto no domínio da psicoterapia como no da farmacoterapia.

Conceituação atual da depressão

O termo depressão refere-se tanto a um sintoma como a um grupo de enfermidades que possuem determinados traços em comum. As síndromes clínicas de depressão variam desde reações de ajustamento a neuroses moderadas e até graves psicoses. O espectro engloba tanto uma reação normal de tristeza quanto a depressão neurótica e a depressão psicótica².

Sendo parte do conjunto de experiências naturais do ser humano, os sentimentos depressivos ou de tristeza são considerados como resposta adaptativa às dificuldades da vida diária ou como reação universal em face da noção de finitude da vida humana. Nesse sentido, não são passíveis de tratamento porque são inerentes à condição humana e como tal devem ser encarados.

A depressão como distúrbio psiquiátrico refere-se a uma emoção mórbida de tristeza vital que cobre e permeia toda a vida psíquica do indivíduo. Essa sensação patológica necessita de tratamento específico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶, através da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), agrupou como F3 – Distúrbios do Humor – as diversas manifestações depressivas, desde distúrbios bipolares (antigamente denominados P.M.D.) a episódios depressivos isolados e distímia.

De acordo com a CID-10, o Transtorno Depressivo Isolado ou Crise Depressiva Única pode ser subdividido em Depressão Leve (F32.0), Moderada (F32.1) ou Grave com ou sem sintomas psicóticos (F32.2 e F32.3). Deve ter caracteristicamente uma duração mínima de duas semanas e cursar com sintomas tais como:

- hipotímia;
- anhedonia;
- astenia;

- prejuízo da atenção e concentração;
- perturbação do sono (tipicamente insônia terminal);
- diminuição de libido;
- diminuição do apetite;
- perda de peso;
- lentificação psicomotora;
- auto-apreciação e autoconfiança quase sempre diminuídas;
- freqüentemente idéias de culpa e inutilidade, a partir do nível moderado o futuro é encarado com desesperança e há desejo e outros comportamentos suicidas.

A quantificação do *Transtorno Depressivo Isolado* em graus deve levar em consideração número, tipo e severidade dos sintomas presentes. No *Transtorno Depressivo Isolado Leve* devem estar presentes pelo menos dois dos três sintomas mais típicos: humor deprimido (hipotímia), perda de interesse e prazer (anhedonia) e fadigabilidade (astenia), e mais dois dos outros sintomas citados acima. Geralmente o paciente aflige-se com seus sintomas e tem dificuldade para manter o trabalho e atividades sociais costumeiras, mas não chega a interrompê-los ou a tê-los muito perturbados. O quadro sintomático é intenso o bastante para incomodar o paciente, mas não para ser notado pelos circunstantes.

Em relação ao *Transtorno Isolado Moderado*, deve ocorrer a presença obrigatória de dois dos mesmos sintomas mais característicos e pelo menos três ou preferentemente quatro dos demais sintomas. É preciso considerar o contexto social e cultural para avaliar o grau de dificuldade gerado pelo quadro depressivo.

No *Transtorno Depressivo Isolado Grave* todos os sintomas principais estão presentes e três ou mais dos outros sintomas se apresentam de forma intensa. Nos casos muito graves e de instalação rápida, o diagnóstico pode ser feito antes de duas semanas e há grande risco de suicídio.

Como a depressão pode atingir com freqüência indivíduos em plena capacidade produtiva e basicamente hígidos, com excelente prognóstico para a recuperação, a técnica de *Interven-*

ção em Crise deve ser considerada como a mais adequada para o tratamento de pacientes com Transtorno Depressivo Isolado.

A finalidade específica desse tipo de abordagem de psicoterapia breve é exatamente atender pacientes anteriormente saudáveis em crise aguda, objetivando superar a crise e adquirir novas formas de solução de problemas. Para tanto utiliza técnicas de focalização na crise, buscando compreender as reações desadaptadas e levar ao aprendizado de reações adaptadas.

A psicoterapia focal, sendo técnica dinâmica e flexível, tem condições de utilizar complementação farmacológica, quando indicada, além de absorver também contribuições de enfoques psicanalítico, interpessoal e cognitivo no seu arsenal tático⁸. Por ser tão abrangente, é exatamente o método terapêutico de escolha para o tratamento das diversas formas de depressão.

Tratamento integrado de depressão

A combinação do uso de drogas antidepressivas e da psicoterapia, raramente utilizada no passado, é a prática mais eficaz no tratamento das desordens depressivas. Esse conceito é recente, pois considerava-se classicamente que a introdução de medicamentos num processo psicoterapêutico resultaria em interferência na relação transferencial, no risco de o paciente fazer uso da droga como "muleta" e em prejuízo do processo de introspecção e de busca de autoconhecimento.

Estudos recentes demonstraram, entretanto, que a fármaco e a psicoterapia exercem papéis complementares: por um lado, a medicação melhora a receptividade do paciente à intervenção psicológica, diminuindo a apatia acentuada do deprimido e aumentando a participação no processo psicoterapêutico, e por outro lado o laço terapêutico fortalecido favorece a aderência ao tratamento medicamentoso⁷.

Apesar desses estudos, ainda ocorre expressiva resistência à terapêutica integrada, tanto da parte de psicoterapeutas em relação à farmacoterapia como de psiquiatras acerca da psicoterapia. Tal fato resulta da herança filosófica pós-cartesiana que tende a separar corpo e mente.

Se nos remontarmos à Freud veremos que, em sua genialidade, ele já previra em 1938, no Esquema de Psicanálise, o uso de terapias farmacológicas além das psicológicas. Dizia ele⁴: “O futuro pode nos ensinar a exercer influência direta, por meio de substâncias químicas específicas...”

A terapêutica integrada é uma abordagem que varia de acordo com o tipo de problema com o qual se propõe lidar. Considerando os diversos aspectos do quadro depressivo, utiliza diferentemente os vários recursos disponíveis.

Assim, no atendimento de um paciente com distúrbio bipolar, o enfoque será basicamente farmacológico, sendo a psicoterapia apenas um apoio ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, nos casos de distímia, a abordagem é essencialmente psicoterapêutica, e a farmacoterapia é meramente coadjuvante, buscando trabalhar as distorções cognitivas a respeito do mundo, de si próprio e do futuro. Já no tratamento de episódios depressivos isolados, a utilização preponderante de recursos farmacológicos e psicológicos dependerá da gravidade e demais características do quadro.

A psicoterapia breve põe em dúvida o conceito de que para ajudar eficazmente um paciente é indispensável tratamento por tempo prolongado. Sabe-se que mudanças do paciente podem advir de intervenções pequenas ou mínimas, bastando para tanto que a terapia se ajuste às dificuldades encontradas. Pequenas mudanças de conduta podem conduzir a mudanças mais profundas e a melhorias adicionais – “efeito de irradiação” ou “efeito carambola”⁸.

A psicoterapia breve focal, por ser técnica considerada provocadora de ansiedade, é indicada para pacientes altamente motivados à auto-avaliação e à transformação e tem como objetivo a obtenção de mudanças psicodinâmicas e a reestruturação da personalidade¹⁴.

O paciente mais indicado para a psicoterapia focal é o que tem uma queixa específica e apresenta alta motivação para mudança. Além disso, ele deve ter tido uma experiência significativa em sua infância e apresentar sofisticação psicológica e capacidade de interagir flexivelmente com o terapeuta¹³. Muitos pacientes que apresentam transtorno depressivo isolado

são indicados para uma abordagem de psicoterapia breve por apresentarem as características citadas.

Minha experiência pessoal no sentido da integração do modelo psicoterapêutico com o moderno arsenal medicamentoso psicotrópico tem sido especialmente proveitosa no tratamento dos casos de ansiedade e de depressão. Exemplificaremos pela descrição de um caso de nossa clínica privada, tratado por abordagem integrada psico e farmacológica.

Apresentação de caso clínico

Trata-se de um paciente do sexo masculino, 55 anos, profissional liberal com pós-graduação, vice-presidente de uma firma de capital nacional, bom nível econômico-social, católico, casado, com filhos, que procurou tratamento por dizer-se muito deprimido.

O paciente relatava ter sido saudável, confiante e bem ajustado psicossocialmente até cinco meses antes da primeira consulta, quando, em consequência de pequena queimadura na mão por fogos de artifício, contraiu forma grave de tétano, tendo sido internado em CTI, onde sofreu traqueostomia, monitorização e curarização, chegando a receber extrema-unção.

Ao recuperar-se do quadro agudo, foi avisado, pelo médico clínico e pelo neurologista que o tratavam, da possível reação euforizante no início da recuperação e provável depressão posterior, tendo então sido medicado com amineptina (100mg, 2 compr. ao dia) e bromazepan (6mg, 1 comprimido à noite).

Poucos dias após ter saído do coma, foi surpreendido pelo "Plano Collor" e teve suas economias bloqueadas. Três meses depois destes incidentes, começou a sentir-se amedrontado, inseguro, com receios a respeito da sua situação financeira e a do país, achando que nada ia dar certo. Tornou-se temeroso de vir a ter algum problema que o tornasse dependente, física ou financeiramente, embora soubesse que não havia nenhuma razão objetiva para que tal ocorresse.

Ao procurar ajuda psicoterapêutica, encontrava-se desanimado, apático, com desinteresse sexual e pela vida como um

todo, apesar de conseguir manter sua atividade profissional. Dizia-se "apreensivo e nervoso", procurando organizar todos os documentos necessários à proteção da esposa e filhos, em caso de sua morte e/ou invalidez. Apesar de preocupar-se constantemente com a morte, negava ter ideação suicida. De acordo com a sua sintomatologia foi considerado portador de CID-10:F32.0 - Transtorno Depressivo Isolado Leve.

Ficara órfão de pai aos 2 anos de idade. Como era o caçula, seus irmãos, na ocasião com 15 e 17 anos, passaram a ajudar a mãe, viúva aos 45 anos. Os irmãos sempre enfatizavam a importância de se ser independente dos outros e de não contar com o auxílio de ninguém, já que a família do pai não dera nenhum suporte à viúva e aos filhos.

Dois anos antes do início de seus problemas acompanhou o irmão mais velho e a mãe em fase terminal de doença, quando ficaram muito incapacitados e dependentes da ajuda de outrem, embora anteriormente sempre tivessem gozado de muita autonomia.

Como o paciente havia suspenso por conta própria o uso de amineptina e bromazepan 10 dias antes de sua primeira consulta, reinstituímos essa mesma medicação e iniciamos o processo de psicoterapia focal, uma vez por semana, focalizando o tratamento no medo do futuro ou de tornar-se incapaz, relacionando-o com a experiência recente e inesperada do trauma do tétano e do Plano Collor e com a experiência infantil da perda do pai aos 2 anos de idade e da vivência de desproteção da família na ocasião.

Após 3 meses de tratamento por psicoterapia e uso irregular da medicação inicial por um mês e meio interrompida novamente por conta própria, apesar de sentir-se com o humor um pouco menos deprimido, mantinha-se estacionário quanto ao aspecto da apatia e desinteresse sexual.

Nessa fase foi proposta ao paciente a utilização de um esquema de auto-avaliação e correção cognitiva de seu estado depressivo, baseado em um estudo britânico, que exigia alto nível de organização e perseverança em sua execução. Em relação a este esquema, teve o paciente uma atitude peculiar: toda vez que se sentia deprimido, com cognições negativas a respeito de

si próprio, do mundo e do futuro, em vez de escrevê-las no papel e a seguir anotar os contra-argumentos às mesmas e a partir daí reavaliar suas emoções, conforme as instruções indicavam, passou a fazer a contra-argumentação mentalmente, o que atenuava seus sentimentos depressivos, desta forma sentindo-se liberado para não ter que executar a tarefa de escrever todo o processo. Ficava duplamente aliviado, tanto dos pensamentos negativos como da tarefa.

Resolvemos então potencializar o tratamento psicoterapêutico prescrevendo cloridrato de fluoxetina, um comprimido de 20 mg pela manhã. Já que o paciente havia interrompido por conta própria o uso de amineptina alegando não sentir benefício e não querer ficar dependente de medicação, por temer dificuldades na aderência ao novo tratamento psicoativo solicitamos ao paciente que não lesse a bula do remédio para não ficar negativamente impressionado com a quantidade de parafarmacos e contra-indicações listadas. Avisamo-lo ainda que o efeito antidepressivo só deveria fazer-se notar no mínimo após uma semana de uso da medicação. Entretanto, já na semana seguinte o paciente veio à consulta dizendo-se bem melhor e relatando ter começado a sentir os efeitos antidepressivos logo nos primeiros dias, comentando que tinha lido a bula e achado que "se a medicação causava tantos problemas é porque devia ser muito potente e eficaz".

Após 2 meses de uso continuado da medicação, fez uma viagem ao Nordeste para competir em campeonato esportivo como membro de um time de veteranos do qual fazia parte há anos, porém do qual não estava conseguindo participar desde seu acidente. Durante esta viagem esqueceu-se de tomar a medicação por 3 dias seguidos, não acusando piora da depressão.

Começamos então a trabalhar a possibilidade de alta, tendo o paciente comentado não saber como entrou na depressão e agora também não saber como saiu. Por isso manifestou preocupação com a hipótese de "não estar definitivamente curado". Combinamos que passaria a usar a medicação em dias alternados e que manteríamos a psicoterapia até as minhas férias, quando teria oportunidade de se testar sozinho para ver se sentia segurança bastante para encerrar o tratamento.

Em março o paciente retornou para a “revisão pós-férias” dizendo achar-se muito bem, tendo inclusive enfrentado o “Plano Collor II” sem problemas. Não via agora problemas maiores na vida que “os desgastes naturais do cotidiano”. Suspendi totalmente a medicação e na semana seguinte ocorreu a alta completa do tratamento, após nove meses de seu início, dos quais os seis últimos em abordagem integrada de psicoterapia e psicofarmacoterapia.

O paciente saiu do tratamento dizendo-se tranqüilo por saber que “tem um porto seguro” no caso de necessitar de ajuda novamente, mas que “tem se sentido muito mais solto, pois tem conseguido conversar com a família sobre suas questões pessoais e com os amigos do esporte tem podido até comentar sobre o incidente que levou ao tétano, sem se abater com o fato”. Em suma, dizia que voltara a ser o mesmo de antes. Disse ainda achar que tudo o que aconteceu mudou um pouco sua perspectiva de vida. Não sabe se para melhor ou não, pois era muito autoconfiante, mas acredita que agora tenha ficado menos rude e mais flexível com as pessoas, entendendo-as melhor ou pensando um pouco mais na situação dos outros. Valorizou o esquema cognitivo, que sentiu como tendo “ajudado a dar uma virada na abordagem dos problemas”.

Conclusão

O tratamento combinado de psicoterapia e farmacoterapia tem se evidenciado em diversos estudos como superior ao tratamento com qualquer uma das duas modalidades isoladamente, e estudos recentes mostram que a psicoterapia breve (interpessoal e/ou cognitiva) se apresenta como alternativa viável, associada à farmacoterapia, para pacientes ambulatoriais não psicóticos não bipolares³. Por ser uma técnica flexível, a psicoterapia focal permite a integração de outras abordagens além de psicanalítica, com o objetivo de acelerar o processo de cura, tais como técnicas cognitivas, comportamentais, bioenergéticas, gestálticas, além dos recursos da moderna psicofarmacologia.

Descrevo aqui um exemplo do trabalho que tenho feito com o uso associado de inibidores da recaptção da serotonina com

a abordagem psicoterapêutica. Os inibidores da recaptação da serotonina têm como característica serem potentes antidepressivos com poucos efeitos colinérgicos, principal vantagem de sua utilização em relação aos tricíclicos tradicionais, tendo porém a desvantagem de serem bastante onerosos, o que impede a sua utilização com uma população de baixo poder aquisitivo.

Na clínica privada, no tratamento psicoterápico de pacientes anteriormente saudáveis e produtivos que apresentam Transtorno Depressivo Isolado, passei a associar o uso dos inibidores da recaptação da serotonina como principal medicação psicotrópica, pois o uso deste tipo de droga, ao proporcionar alívio dos sintomas depressivos, facilita a abordagem psicoterapêutica. Promovendo a liberação da energia interna do paciente, aumenta suas chances de ter E.E.C., as quais potencializam o trabalho psicoterápico, visando principalmente à retomada da autoconfiança e da auto-estima.

No caso descrito, acreditamos que o sucesso terapêutico foi devido ao uso combinado da psicoterapia focal, técnica cognitiva e farmacoterapia.

Referências Bibliográficas

1. CAETANO, D.; STELA, F. *Prevalência de Depressão em um Centro de Atenção Primária*. J. bras. Psiq. 39 (supl. 1) 1990.
2. COSTA E SILVA, J.A. *Editorial: Depressão*. Index Internacional de Psiquiatria. Trabalhos Destacados em Psiquiatria. Vol.1, n.1, 1991.
3. FROTA-PESSOA, O. Distúrbios mentais: a genética explica? J bras Psiq., 40 (supl.1), 1991.
4. FREUD, S. *Esquema de Psicanálise* (1938). Obras Completas.Vol. III. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1968.
5. HOLLON, S.D. *Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression*, Psychiatric Annals.Vol.20 , nº 5, May 1990.
6. CD-10. *Draft of Chapter V. Mental and Behavioral Disorders*. World Health Organization - WHO. Division of Mental Health. Geneve, 1989. (CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993).
7. LEMGRUBER, V. *Terapêutica Integrada da Ansiedade. Associação do Uso de Cloridrato de Bupropiona e Técnica de Psicoterapia Breve*. Arq. Bras. Med., vol. 65, nº 1, jan/fev 1991.
8. LEMGRUBER, V. *Psicoterapia Breve: A Técnica Focal*. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1984.
9. LOEBEL, J.P. *Psychiatry in the 90's: Time for Convergence*. Psychiatric Annals. Vol. 20, nº 5, May, 1990.

PSICOTERAPIA FOCAL: O EFEITO CARAMBOLA

10. PAPROCKI, J. *Tratamento da Depressão pelo Médico Geral*. J. bras. Psiq., 39 (supl. 1), 1990.
11. SCHWARTZ, L.H. *The Role of Psychodynamic Concepts in Psychiatry. New Developments*. Psychiatric Annals. vol. 20, nº 5, May, 1990.
12. SULLIVAN, M.D. *Organic or Functional? Why Psychiatry needs a Philosophy of Mind*. Psychiatric Annals. vol. 20, nº 5, May, 1990.
13. SIFNEOS, P. *Psicoterapia Dinâmica Breve: Avaliação e Técnica*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.
14. SIFNEOS, P. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press. Cambridge, MA. 1972.

Terapia Cognitiva da Depressão *

Introdução

De acordo com a definição clássica¹⁵, psicoterapia é o tratamento por *meios psicológicos de problemas de natureza emocional*, no qual um *profissional treinado* deliberadamente estabelece uma *relação específica* com o paciente, com o objetivo de:

- 1- remover, modificar ou retardar sintomas existentes;
- 2- corrigir padrões de comportamento desadaptados;
- 3- promover o desenvolvimento e crescimento positivo da personalidade.

Por esta definição, as técnicas psicoterapêuticas podem ser divididas em três diferentes abordagens:

- 1- psicoterapias de apoio;
- 2- psicoterapias reeducativas;
- 3- psicoterapias reconstrutivas.

O termo "psicoterapia" abrange assim todos os métodos de tratamento psicológico, inclusive a psicanálise, que representa a técnica psicoterapêutica reconstrutiva por excelência, enquanto que a terapia cognitiva é considerada uma técnica tipicamente reeducativa.

Tomando por base essa classificação de diferentes abordagens psicoterapêuticas, vemos que a psicoterapia breve, originária da técnica psicanalítica, por ser mais dinâmica e flexível, tem limites suficientemente elásticos para poder incluir elementos de psicoterapias de apoio, reeducativas e reconstruti-

*Baseado no artigo publicado no Inform. Psiq. 12(1): jan./fev./mar., 1993.

vas. Utiliza táticas de outras técnicas psicoterapêuticas já consagradas, além da psicanalítica, tais como táticas de modificação do comportamento, gestálticas, bioenergéticas, psicodramáticas, cognitivas etc.

Como especialista em psicoterapia breve, nos casos de distúrbios depressivos, costumo integrar tanto o potente e variado arsenal farmacoterapêutico que temos à disposição hoje em dia, como também táticas cognitivas.

Depressão e o conceito de antecipação

Para o indivíduo normal, o tempo futuro é encarado como restaurador e corretor, ligado a uma visão de esperança. O deprimido tem uma vivência do futuro alterada e dessa forma encara o presente de forma negativa.

A vivência do tempo do deprimido está estancada, parada. Ele é um *prisioneiro do tempo*. Essa dificuldade já havia sido discutida pelos fenomenologistas Russell, Minkowski e Binswanger, quando descreveram a questão da dimensão temporal na existência do homem e a noção do tempo vivido. Jean Sutter, na década de 80, trouxe para a prática clínica o *conceito de antecipação*, que pode ser relacionado ao *conceito do tempo vivido* dos fenomenologistas. O conceito de antecipação também tem raízes na posição de Santo Agostinho a respeito do tempo presente: para Santo Agostinho, o homem só tem a *noção do tempo presente*, já que a experiência do ser humano seria sempre a do "*presente do passado*", a do "*presente do presente*" e a do "*presente do futuro*"⁹.

O indivíduo deprimido necessita uma abordagem que lhe possibilite a vivência do futuro como projeto, pois é a ausência de visão prospectiva que o leva ao suicídio. O passado é vivido como erro e arrependimento e o futuro se lhe afigura bloqueado e sem perspectivas de correção e absolvição.

A terapia cognitiva, ao contrário da terapia psicanalítica, é mais indicada para o paciente deprimido, principalmente quando associada à farmacoterapia, pois enquanto a psicanálise aprofunda a vivência do passado, através da regressão, a

terapia cognitiva procura uma abertura para o futuro. A abordagem cognitiva questiona com o paciente deprimido seus conceitos alterados e disfuncionais a respeito de si próprio, do futuro e do mundo ao redor, procurando dessa forma alterar a chamada "*triade cognitiva da depressão*"¹.

Terapia cognitiva da depressão

A terapia cognitiva da depressão visa a modificar os esquemas desadaptativos e corrigir as distorções cognitivas com o objetivo de promover o alívio dos sintomas depressivos e proteger o paciente de recaídas futuras.

A abordagem usada é a do "*empirismo colaborativo*", onde o terapeuta é continuamente ativo e deliberadamente interage com o paciente para aumentar a racionalidade de seu pensamento e promover estratégias visando a melhorar seu comportamento desadaptado⁵.

Esse esforço colaborativo é baseado no processo de "*descoberta guiada*", onde são feitas perguntas simples em série, de forma a levar o paciente a questionar seus problemas e desenvolver novas formas de lidar com eles¹².

A terapia cognitiva usa primariamente o método socrático e nunca pode ser persuasiva. O próprio paciente é que deve concluir que, na falta de evidências, suas crenças e regras são meramente hipóteses a serem submetidas à verificação empírica¹⁴. Embora o terapeuta adote o comportamento de "professor/moderador", exercendo papel basicamente educativo, pois deve levar o paciente a uma *postura racional de testagem sistemática da realidade*, ele deve evitar uma atitude autoritária, já que, por exemplo, no caso de pacientes deprimidos poderia ocorrer exacerbação de sentimentos de inadequação e impotência¹³. Na técnica cognitiva, poder-se-ia comparar a interação terapeuta-cliente à de dois cientistas que buscassem evidências para confirmar ou refutar hipóteses em teste⁸.

Ao contrário das psicoterapias de base psicanalítica, o processo de terapia cognitiva é breve, centrado primariamente no presente, tem objetivos específicos e é baseado em aspectos

conscientes. Tanto o paciente como o terapeuta são participantes ativos de um processo caracterizado por experiências de aprendizagem.(Quadro 9-1).

Para se posicionar em relação à problemática do cliente, o terapeuta deve ter ampla compreensão da mesma. Portanto, o primeiro passo na terapia cognitiva é a *avaliação inicial*, tendo o terapeuta, não só nessa fase mas durante todo o processo terapêutico, *papel ativo e diretivo*.

Terapeuta e cliente devem estar de acordo quanto aos objetivos propostos pelo terapeuta. Com *objetivos claros e concretos* é mais fácil para o terapeuta selecionar as intervenções apropriadas, e também, tanto para ele como para o cliente, avaliar se estão realmente progredindo em relação às metas acordadas.

Uma das primeiras intervenções do terapeuta no processo é a de ensinar ao paciente a *identificar seus pensamentos automáticos* decorrentes de situações-problema e a *reconhecer os*

Quadro 9-1. Psicoterapia

	Cognitiva	Psicanalítica
Duração	— Breve	Longa
Frequência	— 1 vez por semana	3-4 vezes/semana
Nível	— Consciente	Inconsciente
Objetivos	— Delimitados (alívio de sintomas)	Imprecisos (reestruturação da personalidade)
Temas	— Problemas específicos	Associação livre
Estruturas das sessões	— Estruturada	Não estruturada
Abordagem do problema	— Com avaliação inicial	Sem avaliação prévia
Foco temporal	— Presente	Passado
Atividade do terapeuta	— Ativo e diretivo	Passivo, não diretivo
Papel do terapeuta	— Educativo	Interpretativo

efeitos desses pensamentos disfuncionais em suas emoções e comportamento. Como o cliente geralmente acredita em seus pensamentos automáticos (mesmo que o impacto negativo esteja claro), é preciso que o terapeuta possa ajudá-lo a abordar criticamente esses pensamentos disfuncionais através do questionamento socrático¹².

As perguntas básicas seriam referentes às evidências que o sujeito teria para sustentar seu pensamento e o levantamento de outras maneiras possíveis de encarar a situação. Além disso, devem ser utilizados os "Registros de Pensamentos Disfuncionais" (Quadro 9-2), para que o paciente possa aprender a detectar por si mesmo os pensamentos automáticos disfuncionais. Segundo Rangé, "o trabalho de casa é considerado um aspecto central da terapia cognitiva, uma vez que o trabalho desenvolvido nas sessões é limitado no tempo e o tempo fora das sessões pode ser utilizado para novas experiências e exercícios corretivos de suas crenças disfuncionais"¹⁴.

Quadro 9-2. Registro de Pensamentos Disfuncionais

<i>Data</i>	<i>Emoções</i>	<i>Situação</i>	<i>Pensamentos automáticos</i>	<i>Respostas racionais</i>	<i>Resultados</i>
	O que sentiu? O quanto foi ruim? (0-10)	O que estava fazendo ou pensando	Quais eram? Quanto acreditava neles? (0-10)	Quais são as respostas racionais aos pensamentos automáticos?	O quanto você acredita agora nos pensamentos? (0-10) Como você se sente? (0-10) O que pode fazer agora?

Modelo cognitivo da depressão

Conforme já dissemos, o deprimido, de acordo com a formulação de Beck¹⁻³, tem uma visão negativa de si mesmo, do mundo à sua volta e do futuro. Beck denominou essa postura de *Triade Cognitiva da Depressão*.

Essa visão negativista, um “prisma negro” diante da vida, deriva de dois níveis principais de distorção cognitiva:

A - pensamentos automáticos

B - esquemas e pressupostos básicos distorcidos

A - Pensamentos automáticos

São cognições que ocorrem rapidamente ao indivíduo em determinadas situações. São pensamentos que geralmente não se sustentam frente a uma análise racional. A análise detalhada do conteúdo dos pensamentos automáticos geralmente revela erros típicos de lógica¹⁷.

De acordo com Beck⁴, alguns erros lógicos ou *distorções cognitivas* são prevalentes em clientes deprimidos e também nos que sofrem de inúmeras outras desordens emocionais.

Decálogo das distorções cognitivas

1 - Pensamento dicotômico:

Avaliar situações em categorias extremas, polarizadas. Tudo é visto como preto ou branco, sem graduações de cinza. É tudo ou nada. Por exemplo: se a *performance* não é perfeita, é vista como um fracasso total.

2 - Hipergeneralização:

Um acontecimento único e isolado é interpretado como um padrão constante. Por exemplo, concluir que uma resposta desinteressada do amigo é prova de que ele não se importa conosco, apesar de todas as outras demonstrações de apreço e consideração que ele já tenha tido antes.

3 - Abstração seletiva:

Espécie de “filtro mental” onde determinado aspecto de uma situação complexa é ressaltado, enquanto outros aspectos relevantes da mesma situação são ignorados. Por exemplo, focalizar apenas um comentário negativo a respeito de seu trabalho, em detrimento de uma série de comentários positivos.

4 - Desqualificação:

As experiências positivas “não contam”, são desconsideradas e passam a ser desqualificadas, mantendo-se assim a visão negativa do mundo. Por exemplo, elogios de amigos são descartados, pois só estariam tentando “ser agradáveis”.

5 - Inferência arbitrária:

Chegar a conclusões sem evidências suficientes para tal, na base de posturas tipo:

a) “leitura da mente” - onde se conclui e se assume que os outros estão reagindo negativamente, sem haver evidências suficientes para isso. Por exemplo, pensar “eu sei que ele não gosta do meu trabalho”, apesar do outro ter reagido positivamente.

b) “advinhação do futuro” - onde se antecipa que tudo vai dar errado e reage-se como se essa expectativa fosse fato já estabelecido. Por exemplo, uma namorada pensando “eu sei que ele vai me largar” e passando a agir como se isso fosse uma verdade definitiva.

6 - Exagero:

Uma circunstância tem sua importância aumentada ou diminuída. Geralmente, os negativos são maximizados e os positivos minimizados. Exagerar-se a importância de situações negativas de tal forma que são vistas como verdadeiras catástrofes, ao invés de serem lidas em sua real dimensão. Minimizar-se as características positivas, que passam a ser consideradas insignificantes.

7 - Raciocínio emocional:

Tirar conclusões sobre a realidade a partir de suas emoções. Tomar-se as próprias reações emocionais como espelho da realidade. Desta forma, sentir-se desesperado é prova de que não há solução.

8 - Sensação de obrigação:

Adotar ou construir regras, determinando a adequação de condutas e sentimentos, não se permitindo questioná-los e relativizá-los diante das diversas situações. A pessoa se deixa guiar por noções de obrigação ou de dever para motivar ou controlar seu comportamento. Por exemplo, achar que "não posso ficar aborrecido, pois afinal ela é minha mãe e devo escutá-la com boa vontade". A consequência emocional dessas atitudes é sempre de culpa, raiva, frustração ou ressentimento.

9 - Rotulação:

É uma forma específica de generalização, onde a qualidade de uma determinada ação praticada é transformada em qualidade pessoal definitiva. Por exemplo, em relação a um erro, a pessoa se rotula logo como sendo uma fracassada, em vez de considerar que foi somente um erro e nada mais.

10 - Personalização:

Atribuir-se a responsabilidade sobre um determinado evento externo negativo pelo qual outros fatores são responsáveis. Por exemplo, assumir que a frieza de um amigo é reflexo de seus sentimentos para com ele e não de que o amigo possa estar aborrecido com outra coisa.

B - Esquemas e pressupostos básicos distorcidos

Esquemas são definidos como regras básicas para selecionar e codificar informações do ambiente¹⁶. São uma espécie de fórmula que a pessoa tem a seu dispor para lidar com situações regulares, de forma a evitar todo o complexo processamento a ser seguido quando uma situação é nova¹⁴. Geralmente os esquemas são *adaptativos*, já que *precisamos de estratégias consistentes para lidar com as inúmeras informações com as quais nos deparamos na vida diária*⁶. Podem ser desadapt-

tativos, quando conduzem a uma filtragem das informações positivas e valorização das informações negativas. Esses *esquemas desadaptativos* são responsáveis pelos pensamentos automáticos negativos e pelas distorções cognitivas dos pacientes deprimidos.

O modelo cognitivo considera o processo psicopatológico, tanto da depressão como de outras patologias, como sendo um círculo vicioso (vide Figura 9-1), onde as cognições negativas e o comportamento continuam a agravar-se e a reforçar-se continuamente. Os esforços terapêuticos devem ser dirigidos tanto para às distorções cognitivas como às patologias do comportamento, já que mudanças positivas numa área vão influenciar favoravelmente a outra¹⁷.

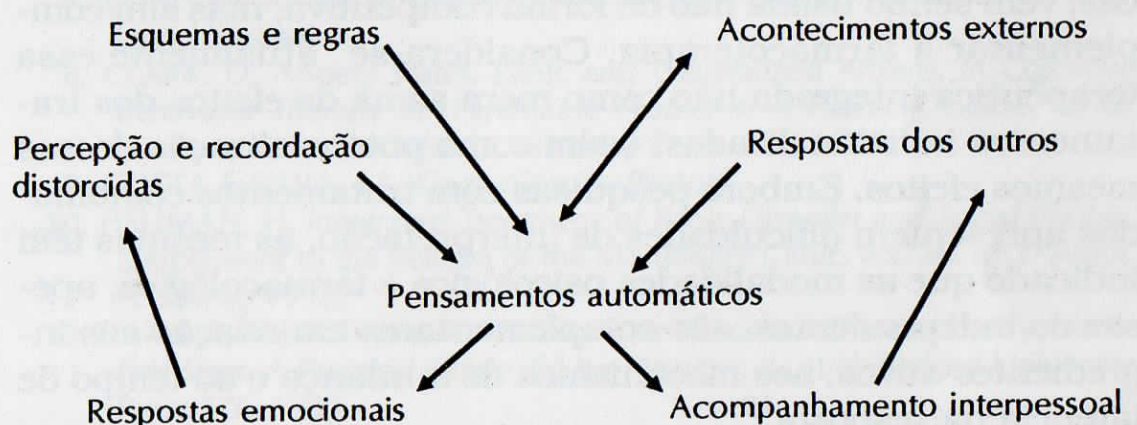


Fig. 9-1. Papel da cognição na psicopatologia.

Conclusão

De acordo com a teoria cognitiva da depressão, a emoção é vista como uma parte importante da depressão, mas não como a maior característica desse distúrbio¹⁷. Entretanto, não podemos afirmar simplesmente que são os pensamentos que levam a sentimentos e a ações, como querem alguns teóricos da linha cognitiva. Devemos reconhecer que também as emoções podem influenciar os processos cognitivos, assim como os comportamentos podem influenciar a avaliação de uma situa-

(apud Freeman, A. et al. "Clinical Applications of Cognitive Therapy". Plenum Press, N.Y., 1990)

ção pela modificação da própria situação em si ou por eliciar determinadas respostas nos outros¹².

Uma visão mais abrangente da interrelação dos processos cognitivos, emocionais e comportamentais poderia ser incluída dentro da abordagem biopsicossocial da psiquiatria moderna, onde são valorizados aspectos complementares dos diversos componentes biológicos, psicológicos e sociais do processo psicopatológico. A abordagem integrada, capaz de lidar com a complexidade das situações humanas, deverá sempre ser preferenciada na prática clínica, já que sabemos que o processo psicoterapêutico eficaz provoca alterações nos mecanismos neuroquímicos e que, por outro lado, a farmacoterapia leva a mudanças nos processos cognitivos e em outros aspectos psicológicos das desordens mentais¹⁰.

A terapia cognitiva, bem como outras técnicas psicoterápicas, vem sendo usada não de forma competitiva, mas sim complementar à farmacoterapia. Considera-se atualmente essa terapêutica integrada não como mera soma de efeitos dos tratamentos individualizados, e sim como potencialização desses mesmos efeitos. Embora pesquisas com tratamentos combinados apresentem dificuldades de interpretação, as mesmas têm indicado que as modalidades psicológica e farmacológica, apesar de independentes, são complementares em relação aos ingredientes ativos, aos mecanismos de mudança e ao tempo de latência da resposta¹³.

A necessária e sempre crescente diversidade do arsenal terapêutico adequado para o tratamento das desordens depressivas, tanto no domínio das psicoterapias (cognitiva, interpessoal, psicodinâmica etc.) como da farmacoterapia, já podia ser vislumbrada através de uma citação de Robert Burton, feita há mais de três séculos. Burton escreveu um livro chamado "Anatomia da Melancolia"⁷, onde dizia que para curar essa doença seria necessário que a pessoa fosse ao mesmo tempo "mágico, químico, filósofo e astrólogo". Apesar de o progresso da ciência ter facilitado enormemente o tratamento da depressão, não podemos deixar de considerar que o modelo integrativo apresentado há mais de 300 anos por Burton ainda se mantém, e que o psiquiatra que se propõe a tratar do paciente deprimido deve

ter um treinamento multifacetado e dominar o amplo espectro terapêutico atualmente disponível para o tratamento dessa maligna doença.

Referências Bibliográficas

1. BECK, A.T. *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press. Philadelphia, 1963.
2. BECK, A.T. *Thinking and Depression I: Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions*. *Ach. Gen. Psychiatry* 1963; 9: 36-45.
3. BECK, A.T. *Thinking and Depression II: Theory and Therapy*. *Ach. Gen. Psychiatry*. 1964: 10: 561-571.
4. BECK, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press. NY, 1976.
5. BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., EMERY, G. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. NY. 1979.
6. BOWLBY, J. *The Role of Childhood Experience in Cognitive Disturbance, in Cognition and Psychotherapy*. Ed. by Mahoney, M. J., Freeman A. Plenum Press. NY. 1985.
7. BURTON, R. *The Anatomy of Melancholy (1621)*. Dutton. NY. 1961 (apud Karasu).
8. CLARK, D. *Anxiety States. Panic and Generalized Anxiety, in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Ed by Hawton, K. et al. Oxford University Press. NY, 1989.
9. COSTA E SILVA, J.A. *Comunicação Pessoal*.
10. FISHMAN, H. *Integrated Treatment of Panic Disorder and Social Phobia*. Supplement to the Bulletin of the Menninger Clinic. vol. 56. nº 2. Suppl. A. Spring 1992.
11. FENNELL, M.J.V. *Depression in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Ed by Hawton, K. et al. Oxford University Press NY. 1989.
12. FREEMAN, A.M. et al. *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. Plenum Press. NY. 1990.
13. KARASU, B.T. *Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression, II. An Integrative and Selective Treatment Approach*. *Am. J. Psychiatry*, 147:3:269-278 - March 1990.
14. RANGÉ, B. *Psicoterapia Cognitiva I. Fundamentos, Princípios, Processos, Limites*. *J. Bras. Psiqu.* 41 (2) 81-85, 1992.
15. WOLBERG, L. *The Technique of Psychotherapy*. Grune & Stratton N.Y. 1967.
16. WRIGHT, J.H. & BECK, A. *Cognitive Therapy of Depression: Theory and Practice*. *Hospital and Community Psychiatry*. vol.34, nº 12. Dec. 1983.
17. WRIGHT, J.H. *Cognitive Therapy of Depression, in Review of Psychiatry*. Vol. 7, Ed. Frances A.J. & Hales R.E. American Psychiatric Press. 1988.

Uso Clínico da Tabela de Juízos de Kant na Terapia Cognitiva*

Introdução

A constatação de que a distorção cognitiva faz parte da síndrome depressiva é, hoje em dia, amplamente aceita nos meios psiquiátricos²⁰. Verificou-se que a reestruturação cognitiva, ao corrigir estas distorções, torna-se fundamental na terapia da depressão, influenciando até mesmo nos processos bioquímicos¹².

Entretanto, a importância das distorções cognitivas só passou a ser enfatizada a partir dos trabalhos de Beck, na década de 60. A terapia cognitiva consolida-se, cada vez mais, como alternativa ao tratamento farmacológico da depressão, podendo ser utilizada combinada ao mesmo ou isoladamente. Sua eficácia já foi comprovada quanto ao tratamento da depressão, estando sua utilização sendo atualmente estendida ao tratamento de outras patologias^{1-5,13}.

Teoria cognitiva

As raízes históricas da abordagem cognitiva remontam à filosofia grega do Séc. I, ao início do pensamento moderno do Séc. XVIII, através das idéias de Kant, e também à fenomenologia do Séc. XX. Os estóicos, na Grécia, estavam entre os primeiros a assinalarem que os sentimentos podem ser controlados pela modificação do pensamento. Epitetus (55 - 135 AD), em Roma, afirmava que "os homens são perturbados não só pelas coisas em si, mas pela visão que se tem delas"¹⁷.

Albert Ellis, com sua "*Terapia-Racional-Emotiva*" (T.R.E.), forneceu suporte aos princípios da *Terapia Cognitiva* (T.C.). Tanto a T.R.E. como a T.C. acreditam que o indivíduo adota

*Baseado no artigo publicado em co-autoria com Danielle Goldrajch e Bernard Rangé, em J. bras. Psiq., 43(8): ago., 1994.

formas de raciocínio e possui controle sobre seus pensamentos e ações. Em ambas as abordagens terapêuticas busca-se identificar o conteúdo específico de cognições e/ou crenças do paciente. A T.R.E. tem como objetivo convencer o paciente da irracionalidade de seus pensamentos e oferecer uma filosofia de vida mais adaptativa, enquanto na T.C. os pacientes aprendem a avaliar suas próprias cognições, testando a validade de suas crenças, dando ênfase ao aspecto colaborativo da T.C.^{8,11}.

Para Ellis¹⁰, "uma grande parte do que chamamos emoção não é nada mais do que um certo tipo – um tipo distorcido, preconceituoso ou altamente avaliativo – de pensamento... Pensamento e emoção são tão intimamente inter-relacionados que geralmente se acompanham, agem num tipo de relação de causa e efeito e, em certos aspectos, (e em quase todos) são essencialmente a mesma coisa, de tal forma que o *pensamento de uma pessoa se transforma na sua emoção e a emoção se torna seu pensamento*" (grifo meu)

Seu *modelo ABC*, que procurava atacar diretamente falsas crenças é, na verdade, a instauração da abordagem terapêutica cognitiva, que depois foi desenvolvida, entre outros, por Beck. O *modelo ABC* envolve a interação entre as *Crenças* da pessoa (B: *Beliefs*), os *Antecedentes* ambientais (A) e as *Consequências* emocionais e/ou comportamentais (C)⁹.

A influência da filosofia do conhecimento, de Kant, sobre o modelo teórico cognitivo já havia sido citada por Beck, em 1979², tendo sido recentemente desenvolvida por Goldrajch, D. juntamente com Ferreira L., num trabalho apresentado durante o IX Congresso Mundial de Psiquiatria, no Rio de Janeiro¹⁴. Neste trabalho, foi feito um paralelo entre os tipos de distorções cognitivas estabelecidas por Beck e os tipos de juízos de E. Kant. As distorções cognitivas foram vistas como erros na utilização de um ou mais tipos destes juízos.

Em 1787, em seu livro "Crítica da Razão Pura", Kant¹⁵ demonstrou que o pensamento é estruturado sob a forma de juízos. Partindo desta premissa, elaborou uma tábua com as doze formas de juízos possíveis, que estariam na base de todo processo de entendimento, retomando a classificação aristotélica e dando-lhe novo sentido. Essas formas de juízos se classifi-

cariam de acordo com a Quantidade, a Qualidade, a Relação e a Modalidade. (Quadro 10-1).

Quadro 10-1. Tábua de Juízos de Kant

O pensamento é estruturado sob a forma de juízo
Doze formas de juízos possíveis
Quatro tipos de juízos: Quantidade, Qualidade, Relação e Modalidade

Kant divide cada um desses quatro tipos em três momentos. De acordo com a Quantidade, os juízos podem ser Universais, Particulares ou Singulares. Segundo a Qualidade, os juízos seriam Afirmativos, Negativos ou Limitativos. Quanto à Relação, podem ser Categóricos, Hipotéticos ou Disjuntivos. E, quanto à Modalidade, Possíveis (Problemáticos), Reais (Assertórios) ou Necessários (Apodícticos). (Quadro 10-2).

Quadro 10-2. Tábuas das Doze Formas de Juízos Possíveis

Juízo	Momento	Exemplo
Quantidade	Universal	Toda rosa é vermelha
	Particular	Alguma rosa é vermelha
	Singular	Esta rosa é vermelha
Qualidade	Afirmativo	A rosa é vermelha
	Negativo	A rosa não é vermelha
	Limitativo	A rosa é não-vermelha
Relação	Categórico	Indiscutível
	Hipotético	Se..., então...
	Disjuntivo	Ou..., ou...
Modalidade	Possível (Problemático)	É possível que
	Necessário (Apodíctico)	É necessário que...
	Real (Assertório)	É real que...

Analizando a "tábua kantiana", podemos perceber que as distorções cognitivas, descritas como erros na forma de avaliação dos dados da realidade, correspondem a uma *inadequação na utilização de formas de juízo*, pela utilização inapropriada de uma proposição inadequada à situação de realidade. Kant, em seu tratado de Lógica, mostrou que "alguns acreditam que é fácil transformar uma proposição hipotética numa proposição categórica. Contudo, isso não pode ser porque as duas são, por natureza, inteiramente diferentes uma da outra"¹⁶.

Nas distorções cognitivas (juízos inapropriados) são utilizados critérios idiossincráticos e inquestionáveis para perceber e lidar com a realidade. Estes juízos inapropriados, quando comparados os dados empíricos, revelam-se distorcidos. As distorções cognitivas são, portanto, interpretações desadaptativas acerca da realidade e estão na base das emoções disfuncionais.

Funcionamento cognitivo

A terapia cognitiva visa a modificar os esquemas desadaptativos e corrigir as distorções cognitivas que levam a emoções disfuncionais¹⁸. O modelo do funcionamento cognitivo, de Beck, baseia-se no fato de que as interpretações do indivíduo a respeito da realidade externa vão sendo estruturadas paulatinamente em seu desenvolvimento, formando *esquemas* que ajudam o indivíduo a avaliar sua adequação no mundo. Os *esquemas* seriam como "fórmulas" ou "regras" utilizadas para facilitar a ação do indivíduo frente a uma situação nova, de maneira a evitar o complexo processo de avaliação a cada momento¹⁹. Geralmente, são adaptativos, já que precisamos de estratégias consistentes para lidar com as inúmeras informações com as quais nos deparamos na vida diária⁶.

Os *esquemas* podem ser desadaptativos quando levam o indivíduo a filtrar as informações de forma fixa, geradora de emoções disfuncionais, e são a base das crenças disfuncionais. Essas crenças disfuncionais se referem, entre outros, a temas como perfeccionismo, rejeição, sucesso, adequação das emoções. São, muitas vezes, incapacitantes e chamados de crenças autodepreciativas (*self-defeating beliefs*)⁷.

Esses esquemas tendenciosos são a base da formação de pensamentos automáticos. Os pensamentos automáticos são cognições que ocorrem imediatamente ao indivíduo em determinadas situações. São pensamentos que, geralmente, não se sustentam frente a um questionamento racional. Através da análise do conteúdo dos pensamentos automáticos é que se pode identificar e, posteriormente, reestruturar os erros lógicos das distorções cognitivas.

Listamos, a seguir, o que pode ser considerado o "decálogo das distorções cognitivas"¹, com as distorções mais frequentemente encontradas na prática clínica ou mesmo no cotidiano. (Vide definições das distorções no capítulo anterior)

Quadro 10-3. Decálogo das Distorções Cognitivas

1. Pensamento Dictônico
 2. Hipergeneralização
 3. Abstração Seletiva
 4. Desqualificação
 5. Inferência Arbitrária
 6. Exagero
 7. Raciocínio Emocional
 8. Sensação de Obrigação
 9. Rotulação
 10. Personalização
-

Correlacionando o Quadro 10-3 com o grupo clássico de *distorções cognitivas* descrito por Beck, em relação ao Quadro 10-2 com as formas de juízo da "*Tábua dos juízos possíveis*", de Kant, podemos afirmar que a cada distorção cognitiva escrita por Beck corresponde um tipo de erro lógico devido a uma utilização de um momento incorreto em uma determinada forma de juízo.

No quadro 10-4, colocamos, para cada distorção cognitiva, um exemplo de pensamento automático em relação a determinada situação e seu respectivo erro de lógica.

Quadro 10-4. Comparação entre as "Distorções Cognitivas" e a "Tábua das Formas de Juízos Possíveis"

Situação	Pensamentos Automáticos	Tipos de Distorção Cognitiva	Formas de Juízo Inapropriado	Interpretação Correta	Forma de Juízo Apropriado
Esperando o telefonema do namorado	"Ou ele me liga ou não me ama"	Pensamento Dictômico	Disjuntivo	"Ele não me ama o suficiente ou talvez ele esteja muito ocupado"	Hipotético
Tendo dificuldades de escrever uma carta	"Nunca conseguirei escrever um artigo"	Hipergeneralização	Universal	"Às vezes é difícil escrever cartas"	Singular
Uma pessoa se retirando mais cedo de uma plateia cheia e atenta	"Minha palestra está sendo um fracasso"	Abstração seletiva	Universal	"Não posso agradar a todos. Alguem não gostou da palestra"	Particular
Sendo elogiado pelo amigo	"Isso não conta porque ele é meu amigo"	Desqualificação do Positivo	Negativo	"Que bom estar sendo reconhecido pelo amigo"	Afirmativo
Marido chegando tarde em casa	"Ele está tendo um caso"	Inferência arbitrária	Categórico	"Existe apenas a hipótese de ele estar tendo um caso, entre outros motivos, para estar atrasado"	Hipotético

Quadro 10-4. Comparação entre as "Distorções Cognitivas" e a "Tábua das Formas de Juízos Possíveis" (Cont.)

Situação	Pensamentos Automáticos	Tipos de Distorção Cognitiva	Formas de Juízo Inapropriado	Interpretação Correta	Forma de Juízo Apropriado
Passando por um período de instabilidade financeira	"Estou falido"	Exagero	Necessário	"É sempre possível encontrar soluções, mesmo que imperfeitas"	Possível
Andar de elevador	"Estou com medo e isto significa que é perigoso"	Raciocínio emocional	Categórico	"Se tenho medo é porque penso que há risco de perigo, e isto precisa ser avaliado"	Hipotético
Sendo insultado	"Devo sempre tratar bem as pessoas"	Sensação de obrigação	Necessário	"Tenho a possibilidade e não a obrigação de tratar bem as pessoas"	Possível
Recusado na Universidade	"Sou uma pessoa incapaz"	Rotulação	Necessário e Universal	"Devo estar despreparado"	Possível e Particular
Tendo sugerido um cinema em local menos movimentado	"Fomos assaltados por minha causa"	Personalização	Categórico	"Há muitos fatores envolvidos no fato de termos sido assaltados, não apenas a minha sugestão"	Hipotético

Conclusão

Partindo da hipótese de que a forma como o indivíduo interpreta a realidade pode contribuir de maneira significativa para seu distúrbio emocional e de comportamento, ajudar essas pessoas a investigar e transformar seu pensamento vai, também, ajudá-los a tornarem-se significativamente menos perturbados.

Ao tentar identificar e corrigir as distorções cognitivas e sua conseqüente influência em comportamentos e emoções disfuncionais utilizando a terapia cognitiva, que tem seu método baseado na busca de interpretações mais acuradas acerca da realidade, podemos tomar por base a concepção kantiana do raciocínio lógico para o trabalho de reestruturação cognitiva.

A tabela de Kant pode facilitar tanto ao terapeuta quanto ao paciente a identificação dos eventuais erros lógicos que formam o substrato das dificuldades emocionais do paciente. A tarefa do terapeuta consistirá, então, em fazer o movimento inverso. Isto é, deverá ajudar o paciente a utilizar a forma mais apropriada de cada juízo frente a determinada situação. Desta maneira propiciaria a correção do possível erro de lógica que estaria presente nos pensamentos automáticos do paciente, promovendo a reestruturação cognitiva almejada.

Pela análise do Quadro 10-4, pode-se observar que há uma tendência dos juízos errôneos serem predominantemente dos tipos *universal*, *categórico* e *necessário*. Tal constatação pode levar o terapeuta e o paciente a levantarem a hipótese de que hajam possíveis erros de interpretação de realidade quando tais tipos de juízo estiverem sendo utilizados, possibilitando, com isso, fazer-se mais facilmente a correção das distorções cognitivas subjacentes.

Referências Bibliográficas

1. BECK, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press. N.Y., 1976.
2. BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y. Guilford, 1979.

3. BECK, A.T.; EMERY, G.; GUEMBERG, R. *Anxiety Disorders and Phobia, A Cognitive Perspective*, New York, Basic Books, 1985.
4. BECK, A.T.; FREEMAN, A. *A Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, Guilford, 1990.
5. BECK, A.T.; WRIGHT, F.D; NEWMAN, C.F. & LIESE, B.S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York, Guilford, 1993.
6. BOWLBY, J. *The Role of Childhood Experience in Cognitive Disturbance*, In: *Cognition and Psychotherapy*, Ed. by Mahoney, M.J. & Freeman, A. Plenum Press, N.Y., 1985.
7. BURNS, D. *Hand-out for Presentation for a Meeting of the Minds, sponsored by the Institute for Rational, Emotive Therapy*, New York, 1993.
8. DATTILIO, F.M.; PADESKY, C.A. *Cognitive Therapy with Couples*. Professional Resource Exchange - Florida, 1990.
9. ELLIS, A. *An Operational Reformulation of Some of the Basic Principles of Psychoanalysis* In: *The Foundations of Science and the Concepts of Psychology and Psychoanalysis*. Ed. by H. Feigl & M. Scriven University of Minnesota Press - Minneapolis, 1956.
10. ELLIS, A. *A Rational Psychotherapy*. Journal of General Psychology, 59: 35-49, 1984.
11. ELLIS, A. *The Revised ABCs of Rational-Emotive Therapy (RET)*. Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, Vol. 3, Number 3 (1991).
12. FISHMAN, H. *Integrated Treatment of Panic Disorder and Social Phobia*. Supplement to the Bulletin of The Menninger Clinic, vol. 56, nº 2, Suppl. A. Spring, 1992.
13. FREEMAN, A & DATTILIO, F. M. *Comprehensive Case Book of Cognitive Therapy*, N.Y., Plenum Press, 1992.
14. GOLDRACH, D. & FERREIRA, L. *An Attempt to Make a Typology of the Cognitive Distortions*. Abstracts. IX World Congress of Psychiatry, Rio de Janeiro, 1993.
15. KANT, E. *Crítica da Razão Pura - Dedução Transcendental*, Os Pensadores, Ed. Abril, São Paulo, 1974.
16. KANT, E. *Lógica*, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1992.
17. KARASU, B.T. *Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression II: An Integrative and Selective Treatment Approach*. Am. J. Psychiatry. 147 (3): 269-278, March, 1990.
18. LEMGRUBER, V. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Inform. Psiq. 12(1): 14-18, 1993.
19. RANGÉ, B. *Psicoterapia Cognitiva. I Fundamentos, Princípios, Processos, Limites*. J. Bras. Psiq. 41 (2): 81-85, 1992.
20. WHIGHT, J.H. *Cognitive Therapy of Depression*, in Review of Psychiatry, vol. 7, Ed. Frances A.J. & Hales, R.E. American Psychiatric Press, 1988.

Violência Urbana e o Conceito de Transtorno de Estresse Pós-Traumático*

Introdução

O interesse na ocorrência de transtornos de estresse pós-traumáticos (TEPT) aumentou muito em consequência dos estudos realizados com soldados veteranos da Guerra do Vietnã. Os critérios adotados naquela ocasião foram ampliados, para incluir, também, vítimas de outros tipos de estresses causados por situações igualmente catastróficas e ameaçadoras, como desastres naturais – terremotos e erupções vulcânicas, por exemplo

Recentemente, as vítimas de outras situações, além da guerra e dos desastres naturais, têm também sido alvo de estudos sobre o TEPT. Vítimas de graves acidentes de automóvel ou de avião, bem como de outras situações agressivas da vida urbana, – testemunhar mortes violentas, ser vítima de estupro e de seqüestros, compõem um grupo de risco bastante significativo. Atualmente, as *vítimas da violência urbana* são vistas como vítimas de um estado permanente de “guerra” nas grandes cidades.

É importante chamar a atenção sobre este problema específico, pois sabemos que o ser humano é parte integrante do seu meio, não apenas no que diz respeito ao ambiente ecológico que o envolve, mas principalmente no que se refere ao seu ambiente sócio-econômico e cultural.

Nos países em desenvolvimento, existe uma migração permanente das zonas rurais para as áreas urbanas, onde as pessoas vão buscar melhores oportunidades de emprego. Este fato dá origem ao fenômeno da falta de raízes e de vínculos sociais

*Baseado no artigo publicado em co-autoria com Costa e Silva, J. A., em *Inform. Psíqu.*, 13(2): abr./mai./jun., 1994

e familiares, levando à marginalização desta população, o que se torna fator preponderante para o aumento da violência urbana, criminalidade, consumo excessivo de álcool e de drogas.

Consideramos também importante o estudo de um outro aspecto, além do sócio-econômico, que é o fato de que nem todas as vítimas de eventos extremamente estressantes desenvolvem o TEPT. Sabe-se que o risco de se desenvolver este transtorno pode ser aumentado pela vulnerabilidade própria de cada indivíduo. Fatores predisponentes, como traços de personalidade e maneiras de lidar com outras situações de vida, anteriores ao evento estressante, podem diminuir o limiar para o desenvolvimento desta síndrome ou agravar ainda mais o seu curso. Porém, conforme os critérios da CID-10, sabe-se também que os fatores predisponentes não são necessários e nem tampouco suficientes para explicar a ocorrência do TEPT.

Enfatizamos, aqui, que outros fatores contribuem para o TEPT além da enorme gravidade e da natureza catastrófica da situação de estresse. Ressaltamos, por exemplo, o apoio social que a vítima pode vir a receber do seu meio. Assim, a comunidade, a família e toda a estrutura social irão desempenhar um papel preponderante na diminuição do risco de ocorrência do TEPT.

O conceito do TEPT

Até os dias de hoje, existem apenas alguns estudos sobre a predominância do TEPT nas vítimas de eventos traumáticos. Depois da década de 80, realizaram-se estudos sobre a ocorrência do transtorno nos veteranos da Guerra do Vietnã, o que resultou na definição operacional do TEPT no DSM-III. Nestes estudos, a ocorrência do TEPT mostrava um percentual de 3,5% nos veteranos não-feridos e de 20% nos feridos. Outros estudos demonstravam índices de 40% de ocorrência do TEPT nos veteranos feridos e cerca de 50% nos prisioneiros de guerra¹.

Estudos sobre a prevalência do TEPT depois de acidentes naturais ou daqueles causados pelo homem indicaram índices muito mais baixos⁵. Por exemplo, após a erupção do vulcão do Monte de Santa Helena, no estado de Washington, em 1980,

determinou-se uma incidência do TEPT de apenas 3,3% nas mulheres e 0,7% nos homens. Por outro lado, um levantamento realizado depois de um furacão¹² mostrou um índice de ocorrência do TEPT de 59% na população atingida.

Smith *et al.*¹³ estudaram vítimas de diferentes tipos de acidentes naturais e encontraram índices de prevalência de distúrbios psiquiátricos nessa população na ordem de 14% a 18% um ano após o acidente. Eles descobriram que, quanto maior a psicopatologia prévia, maior será o risco de ocorrência do TEPT. O melhor indicador do TEPT, no estudo de Smith, era a presença de história de distúrbios psiquiátricos anteriores ao evento estressante. Diversos autores, como Bromet^{2,3} e Lopez-Ibor Jr.¹¹, relataram esta mesma conclusão.

Outros pesquisadores, como Ursano¹⁴, demonstraram, num estudo realizado com prisioneiros de guerra, que a presença de história de distúrbio psiquiátrico anterior não é suficiente para explicar a ocorrência do TEPT.

Hocking⁹ levantou a hipótese de que a gravidade do evento estressante desempenha um papel preponderante no desenvolvimento do TEPT. Ele diz que situações extremas no âmbito do estresse aumentam o risco da ocorrência do TEPT.

Sabe-se que vários pacientes com TEPT não apresentavam quaisquer problemas psiquiátricos anteriores ao acontecimento gerador do estresse e, ainda, que diversas vítimas de situações traumáticas não desenvolvem TEPT. Este fato atrai a atenção dos médicos, no sentido de saber o que acontece depois do desastre que pode contribuir para o desencadeamento de uma reação saudável ao invés de uma patológica.

Green e colab.⁶⁻⁸ sugeriram a existência de um conjunto de fatores que contribuem para a possibilidade de vir a ocorrer um ajustamento após uma situação extremamente estressante. Seria a combinação entre a natureza da situação traumática, a maneira como a pessoa lida com ela, as características de personalidade pré-mórbida e o respaldo oferecido pela rede de apoio social. Estas variáveis correspondem a fatores pré-militares, de combate e pós-militares usados em algumas pesquisas realizadas com veteranos de guerra, tendo como objeto o TEPT. O estudo de Green e colab. levanta a hipótese de que fa-

tores de risco pré-militares, classificados no Eixo I do DSM-III-R, são importantes para a previsão de diversas categorias de diagnósticos, inclusive do TEPT. No entanto, a contribuição para o risco de ocorrência do TEPT foi muito menor do que para os distúrbios distímicos e uso abusivo do álcool, além de descobrir que o comportamento anti-social antes da guerra não prevê a ocorrência do TEPT, mas predispõe o indivíduo para o uso abusivo de drogas.

Ameaça de morte é uma importante contribuição para o diagnóstico do TEPT, e o risco aumenta quando o indivíduo é exposto ao que se chama de "morte grotesca". Esta situação ocorre não apenas nos tempos de guerra, mas infelizmente é também freqüente nas cidades. Transtornos de pânico foram encontrados não só nos veteranos de guerra, mas também entre as vítimas da violência urbana. Estas situações de pânico ocorrem com pessoas que correram o risco ou sofreram ameaça de morte, foram expostas ao isolamento ou à experiência de ser violentamente agredidas em suas próprias casas. Estes tipos de experiências levam a prolongados estados de excitação, compatíveis com os sintomas de ansiedade.

No que diz respeito aos fatores pós-trauma, diz-se¹³ que o respaldo social desempenha importante papel na eclosão do TEPT. O tipo de apoio comunitário ou familiar que a vítima recebe influenciará o desenvolvimento do TEPT. A possibilidade de que a vítima venha a ser ajudada pela estrutura social depende da forma em que o trauma foi vivido, pois reflete a alienação-desligamento e a insensibilidade para com outras pessoas. Um sobrevivente de uma situação de vida extremamente ameaçadora pode ficar emocionalmente embotado e, possivelmente, incapaz de ter acesso ao apoio social, mesmo que este esteja à sua disposição, além de desenvolver sintomas crônicos e incapacitantes. Sabe-se, no entanto, que *uma estrutura de apoio diminuirá o risco de ocorrência do TEPT*.

A complexa relação entre situações-limite de vida e mudanças psicológicas profundas foi reconhecida desde os primórdios da psiquiatria moderna, mas foi somente no DSM-III que, pela primeira vez, um esquema de diagnóstico refletindo esta associação como sendo TEPT caracterizou um grupo de

sintomas com características bifásicas de um curso com persistente evitação e uma miscelânea de sintomas, incluindo excitação. O DSM-III-R ampliou a definição do conceito de agente de estresse e reorganizou os sintomas em outros conjuntos.

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-III-R⁴, o TEPT seria um distúrbio de duração de pelo menos um mês e de aparecimento dos sintomas após a pessoa ter experimentado um acontecimento que ultrapassa a experiência humana habitual e que seria marcadamente penoso para praticamente qualquer um. O evento traumático seria persistentemente revivido em pelo menos uma das seguintes formas:

1. lembranças angustiantes recorrentes e invasivas do evento;
2. sonhos angustiantes recorrentes sobre o evento;
3. agir ou sentir como se subitamente o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (*flashback*);
4. intenso sofrimento psicológico quando exposto a eventos que simbolizam ou lembram um aspecto do evento traumático, incluindo aniversários do trauma.

Além disso, a pessoa com TEPT apresentaria uma evitação persistente de estímulos associados com o trauma ou embotamento da reatividade geral, e também sintomas persistentes de alerta aumentado, o que não havia antes do trauma.

O esquema de categorias do DSM-III-R impõe o estabelecimento de limites arbitrários para o diagnóstico do distúrbio, mas nós sabemos que um sintoma pode ser apresentado numa ordem contínua. Justifica-se uma revisão dos critérios de diagnóstico para aumentar a compreensão do problema. Além da contribuição do DSM-III-R para o desenvolvimento do conceito do TEPT, a realização de mais pesquisas torna-se necessária para se ter uma melhor compreensão deste transtorno.

No CID-10¹⁰, encontramos uma diferenciação entre Reação Aguda a Estresse (F43.0) e o TEPT (F43.1).

A *Reação Aguda a Estresse* é considerada um *transtorno transitório de significativa gravidade*, que se desenvolve no indivíduo sem nenhum distúrbio mental aparente, em resposta

a excessivo estresse físico e/ou mental, no qual o agente do estresse é uma experiência traumática opressiva ou uma mudança extraordinariamente rápida e ameaçadora na estrutura social do indivíduo. O processo geralmente se limita a algumas horas ou dias e deverá haver uma conexão imediata e temporal clara entre o impacto e o agente excepcional do estresse e o desencadeamento dos sintomas.

O **TEPT** é considerado uma resposta retardada e/ou demorada a uma situação de estresse, de curta ou longa duração, de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, passível de causar profundo sofrimento na maioria das pessoas. O desencadeamento do transtorno se segue ao trauma, com um período de latência que pode variar de poucas semanas a alguns meses, raramente ultrapassando seis meses. Os *sintomas típicos* incluem episódios em que o *indivíduo revive o trauma repetidas vezes em flashbacks*, sonhos ou pesadelos, que ocorrem juntamente com uma *sensação persistente de embotamento emocional*, desligamento de outras pessoas e evitação de atividades e situações reminiscentes do trauma.

A violência nas cidades

Tudo o que foi dito e estudado a respeito dos veteranos de guerra, refugiados e vítimas de desastres naturais deve ser considerado em relação à massa de pessoas que vive nos arredores superpovoados das grandes cidades do Terceiro Mundo e também do mundo em desenvolvimento. Com frequência, nestas cidades, as pessoas vivem em um clima de guerra, em que os cidadãos estão sob constante pressão e são ameaçados pela extrema violência e criminalidade da megalópole.

As cidades são espaços onde a energia e a informação estão sempre em movimento, como resultado da ação do homem. Elas refletem, de maneira concreta, a organização da sua sociedade. Além disso, são lugares onde os conflitos humanos são manifestados. As cidades são os lugares mais antropomórficos da terra.

A saúde dos seres humanos está ligada ao microcosmo do indivíduo e depende da interação entre sua mente e seu corpo,

seu comportamento, a maneira como ele percebe o mundo e de que forma se adapta e que mecanismos utiliza para lidar com ele. Isto faz parte de um processo permanente que evolui desde o nascimento até a morte.

A comunicação entre as pessoas é essencial para a saúde do homem, porém é uma fonte de conflitos e as mudanças ambientais têm um impacto nos estados biopsicológicos da pessoa. Diversos fatores podem influenciar os sentimentos de territorialidade e a experiência de pertencer a um grupo, e sabemos que é importante para o ser humano não somente o espaço euclidiano, mas também as relações topológicas.

O conceito sobre o complexo sociopatogênico foi desenvolvido por Marx Serr, em Mount Pelier, realçando a importância da conexão entre a saúde e o meio ambiente. Na medicina, este conceito foi bem estudado, e, na psiquiatria, a interação dos diversos distúrbios mentais com o ambiente social, especialmente no meio urbano, foi reconhecida. O TEPT é um destes distúrbios relacionados com problemas com o ambiente e está intimamente ligado à violência nas cidades.

A qualidade e a intensidade do evento causador de estresse é responsável por parte da patologia do TEPT e pelos distúrbios psiquiátricos que dele derivam se o distúrbio não for curado. Contudo, além de se levar em consideração a natureza do trauma, os traços de personalidade ou os distúrbios psiquiátricos anteriores, também o respaldo que pode ser oferecido pelas famílias, pela comunidade e pela estrutura social e a maneira pela qual a sociedade lida com a situação traumática devem ser enfatizados.

Há uma grande diferença no respaldo social que os veteranos de guerra, refugiados ou vítimas de desastres naturais podem receber, em comparação com aquele que as vítimas da violência urbana recebem. O primeiro grupo geralmente tem grande apoio da sociedade, mas as vítimas da violência urbana freqüentemente se sentem rejeitadas ou com vergonha de relatar eventos traumáticos. Tal fato aumenta o seu senso de isolamento, que é um elemento importante do TEPT, e agrava, assim, o risco de ocorrência do TEPT.

Relato de casos

Como ilustração do ponto de vista apresentado aqui, cinco relatos de casos serão discutidos brevemente: 3 casos foram de mulheres e 2 de homens, com idades entre 28 e 40 anos. Dois casos foram vítimas de estupro, uma vítima de seqüestro, uma vítima de agressão violenta com abuso sexual de um membro da família, e, a última, vítima de ameaças de morte de um membro da família. Observaram-se, nestes casos, sintomas como terrores noturnos, pânico e ansiedade, pesadelos, fobias, depressão. Foram diagnosticados como TEPT pelos critérios do DSM-III-R, mas nenhuma escala ou teste padronizado foi utilizado. Duas mulheres tinham história prévia de depressão e foi difícil analisar acontecimentos anteriores. Nenhum dos cinco pacientes apresentou um diagnóstico de transtorno de personalidade do Eixo II do DSM-III-R. Eles foram submetidos à psicoterapia cognitiva por um período de seis meses a um ano, juntamente com 75mg/300mg de clorimipramina, e, em alguns casos, benzodiazepina.

Os dois casos com história de depressão anterior responderam melhor ao tratamento, embora todos os casos apresentassem uma redução evidente dos sintomas de pânico, ansiedade, depressão, terrores noturnos e pesadelos. Após a terceira semana de medicação, os pacientes tornaram-se mais sociáveis e houve mudança significativa com relação aos sintomas de revivência do trauma, embora sem modificações no que diz respeito aos de evitação. O papel da psicoterapia e de um aconselhamento terapêutico específico no sentido de estimular um apoio familiar forte foram de importância capital para a recuperação destes pacientes.

Conclusão

Para finalizar, destacamos novamente o fato de que na psiquiatria, depois da década de 80, os estudos sobre TEPT foram sistematizados e agora já somos capazes de começar a trabalhar em projetos metodológicos mais sofisticados, de maneira a obtermos uma melhor compreensão deste fenômeno nas grandes cidades.

Temos a certeza de que a ocorrência do TEPT na população destas cidades é alta. Sabemos que os traumas agudos que afetam um grande contingente de pessoas simultaneamente, como guerras ou desastres naturais, têm um apelo emocional muito grande, mas devemos enfatizar que também os *problemas crônicos, conseqüentes da violência nas grandes cidades, podem causar invalidez ou incapacitação* a um número muito maior de pessoas do que qualquer guerra ou catástrofe natural.

Seguindo uma linha preventiva, é importante levar-se em consideração o fato de que a péssima qualidade de vida das megalópoles, principalmente as do terceiro mundo, predispõe a um aumento de incidência de problemas mentais na população em geral.

Referências Bibliográficas

1. BOULANGER, G. *Predisposition to post-traumatic stress disorder*. In: Boulanger, G.; Kadushin, C.; Hilldale (eds.). *The Vietnam Veteran Redefined*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.
2. BROMET, E.J.; PARKINSON, D.K.; SCHULBERG, H.C., et al. *Three Mile Island: Mental Health Findings*. Pittsburgh: Eastern Psychiatric Institute and Clinic and the University of Pittsburgh, 1980.
3. BROMET, E.J.; PARKINSON, D.K.; SCHULBERG, H.C., et al. *Mental Health of residents near the Three Mile Island reactor: a comparative study of selected groups*. J. Preventive Psychiatry, 1982; 1:225-276.
4. DSM-III-R. *Diagnostic Criteria*. APA, Washington, D.C.,
5. FOY, D.W.; CARROLL E.M.; DONAHOE, C.P. Jr. *Etiological factors in the development of PTSD in clinical samples of Vietnam combat veterans*. J. Clin. Psychol., 1987; 43:17-27.
6. GREEN, B.L.; WILSON, J.P.; LINDY, J.D. *Conceptualizing post-traumatic stress disorder: a psychosocial framework*. In Figley, C. (ed.) *Trauma and its Wake*. New York: Brunner/Mazel, 1985.
7. GREEN, B.L.; LINDY, J.D.; GRACE, M.C. et al. *Multiple diagnosis in post-traumatic stress disorder: the role of war stressor*. J. Nerv. Ment. Dis. 1989; 177: 329-335.
8. GREEN, B.L.; LINDY, J.; GRACE, M.C. *Post-traumatic stress disorder: toward DSM-IV*. J. Nerv. Ment. Dis. 1985; 173: 406-411.
9. HOCKING, F. *Psychiatric aspects of extreme environmental stress*. Dis. Nerv. Syst., 1970; 31:542-545.
10. ICD-10. 1989 Draft of Chapter V. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health, 1989.

11. LOPEZ-IBOR, J.J.J, CARRAS, S.F., RODRIGUEZ-GAMAZO, M. *Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe*. Br. J. Psychiatry, 1985; 147: 352-365.
12. MADAKASYA, S.; O'BRIEN K.F. *Acute post-traumatic stress disorder in victims of natural disaster*. J. Ner. Ment. Dis. 1987; 175:286-290.
13. SMITH, E.M.; ROBINS, L.N. PRZYBECK T.R. et al. *Psychological consequences of a disaster*. In: Shore J.H. (ed.) *Disaster Stress Studies: New Methods and Findings*. Washington, D.C. American Psychiatric Press, 1986.
14. URSANO, R.J. *The Vietnam era prisoner of war: precaptivity personality and the development of psychiatric illness*. Am. J. Psychiatry, 1981; 138: 315-318.